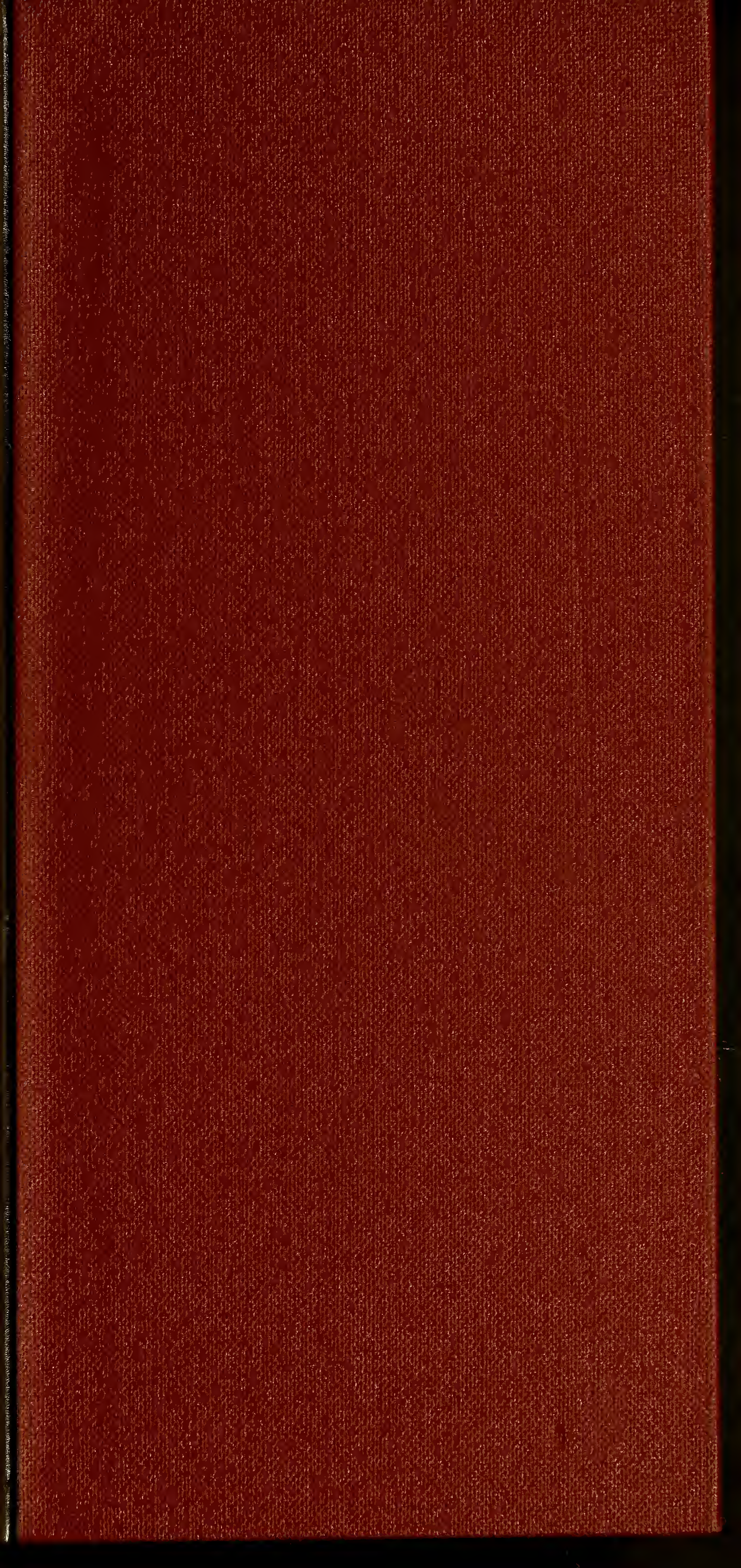
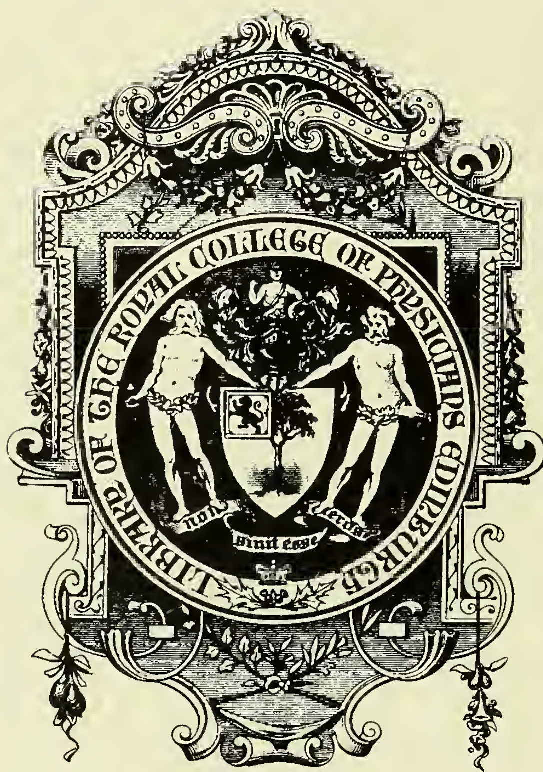



LIBRARY OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH
non
sinit esse
feros

LEÇONS

DE

CLINIQUE MEDICALE.

LIBRAIRIE MÉDICALE DE GERMER BAILLIÈRE.

ALIBERT. Monographie des dermatoses, ou précis théorique et pratique des maladies de la peau, deuxième édition, 1835, avec planches coloriées représentant 32 espèces de maladies. Papier vélin. 20 fr.

Le même ouvrage, avec figures coloriées représentant 40 sujets, 1835, 1 vol. in-4. 35 fr.

BROUSSAIS. Recherches sur la fièvre hectique considérée dépendante d'une lésion d'action des différens systèmes sans vue organique, 1803, in-8. 2 fr.

DEVERGIE. Médecine légale, théorique et pratique, avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale, revus et annotés par M. Dehaussy, conseiller à la cour de cassation, 1836, 3 vol. in-8. 18 fr.

DUPARCQUE. Histoire complète des ruptures et déchirures de l'utérus, du vagin et du périnée. (Ouvrage couronné par la Société médicale d'émulation de Paris.) 1836, 1 vol. in-8. 6 fr. 50 c.

DUPARCQUE. Traité théorique et pratique sur les altérations simples et cancéreuses de la matrice. (Ouvrage couronné par la Société de médecine de Bordeaux.) 1835, 1 vol. in-8. 6 fr. 50 c.

FOY. Nouveau formulaire des praticiens, ou formules des hôpitaux de Paris, de la France, de l'Italie, d'Allemagne, d'Angleterre, de Russie, etc., suivies des secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés, avec un Mémorial thérapeutique, deuxième édition, considérablement augmentée, 1837, 1 vol. in-18 sur papier vélin. 3 fr. 50 c.

GENDRIN. Traité de médecine pratique, 4 vol. in-8, 1837. 28 fr.

LEPELLETIER (de la Sarthe). Traité complet sur la maladie scrophuleuse et les différentes variétés qu'elle peut offrir, 1830, 1 vol. in-8. 7 fr.

——— Traité de physiologie médicale et philosophique, 1835, 4 vol. in 8. figures. 28 fr.

——— De l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le traitement des maladies en général, et dans celui de la pneumonie et du rhumatisme en particulier, 1835, 1 vol. in-8. 3 fr. 50 c.

——— Traité de l'érysipèle et des différentes variétés qu'il peut offrir, 1836, 1 vol in-8. 4 fr. 50 c.

LISFRANC. Maladies de l'utérus, d'après ses Leçons cliniques, publiées par *H. Pauly*, D. M. P. son ancien prosecteur, 1836, 1 vol. in-8. 6 fr.

LOUYER VILLERMAY. Traité des vapeurs ou maladies nerveuses, et surtout de l'hystérie et de l'hypocondrie, nouv. édit., 1832, 2 vol. in-8. 11 fr.

PIORRY. Clinique médicale de la Pitié et de la Salpêtrière, 1835, 1 vol. in-8. 6 fr.

——— Du procédé opératoire à suivre dans l'exploration des organes, par par la percussion médiate, accompagné de mémoires sur la respiration, l'asphixie, la straugulation, la submersion, la langue considérée sous le rapport du diagnostic, l'abstinence, la migraine etc., 1835, 1 vol. in-8. 6 fr.

RACIBORSKI. Nouveau manuel d'auscultation et de percussion ou application de l'acoustique au diagnostic des maladies, 1835, 1 vol. in-18. 5 fr. 50 c.

REQUIN. Prolégomènes de physiologie (thèse de concours), 1831, in-4. 2 fr.

REQUIN. Notice médicale sur Naples, 1834; in-8. 2 fr.

WELLER. Traité théorique et pratique des maladies des yeux, traduit de l'allemand sur la dernière édition, par *Riester*, avec des notes par *Jallat*, 1832, 2 vol. in-8 avec fig. col. 10 fr.

LEÇONS

DE

CLINIQUE MÉDICALE,

FAITES A L'HÔTEL-DIEU DE PARIS

PAR LE PROFESSEUR **A. F. CHOMEL;**

RECUEILLIES ET PUBLIÉES

PAR **A. P. REQUIN**, D. M. P.,

Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, chevalier de la Légion-d'Honnenr, médecin des dispensaires de la Société philantropique, membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Naples, etc.

TOME SECOND.

(RHUMATISME ET GOUTTE.)

PARIS

GERMER BAILLIERE, LIBRAIRE-EDITEUR,

Rue de l'Ecole de Médecine, 13 *bis.*

LONDRES,
J.-B. BAILLIÈRE, 219, Regent Street.

MONTPELLIER,
CASTEL ET SEVALLE.

STRASBOURG,
DESRIVAUX ET LEVRAULT.

LYON,
SAVY, 49, quai des Célestins.

1837

PARIS. — IMPRIMERIE DE FÉLIX LOCQUIN,
16, Rue Notre-Dame-des-Victoires.

AVANT-PROPOS.

Il m'a paru convenable de rendre compte au lecteur de quelle manière et dans quelles circonstances ce volume avait été composé : et voilà pourquoi j'écris les lignes qui vont suivre.

En 1834, M. le professeur Chomel, dont les leçons sur la fièvre typhoïde venaient d'être recueillies et publiées par M. le docteur Genest, m'invita à entreprendre un travail semblable d'après les leçons qu'il se proposait de faire sur le rhumatisme. Qu'avais-je à lui répondre ?— à lui que je suis si heureux et si fier d'avoir choisi, il y a tantôt dix ans, pour maître et pour exemple; qui me distingua, moi, pauvre et obscur, dans la foule de ses élèves ; qui, par ses conseils et son appui, me soutint, ou plutôt, peut-être, me retint dans la carrière médicale à travers la décourageante épreuve des premiers temps du doctorat. Sa proposition, m'eût-elle peu souri par elle-même, aurait été pour moi un ordre à exécuter, un devoir à accomplir, une dette à payer. Mais combien il en est autrement ! C'est avec orgueil, je l'avoue, et avec joie que j'acceptai la tâche. M. Chomel me voulait pour interprète de ses idées sur une matière qui lui a servi à jeter les fondemens de sa réputation, et qui est encore pour lui un objet de prédilection ; n'y avait-il

*

pas là de quoi tirer vanité ? Et que pouvais-je désirer de mieux pour mon nom jusque-là inconnu que de débuter dans la littérature médicale sous les auspices d'un nom célèbre ?

J'assistai donc, pendant l'été de 1834, à la leçon que M. Chomel, une fois par semaine, consacrait à l'histoire complète et suivie du rhumatisme, indépendamment des devoirs ordinaires de l'enseignement clinique, — cet enseignement qui imprime de si fécondes et si puissantes traces dans les esprits, mais qui, incessamment varié, saccadé, décousu, subordonné qu'il est au rassemblement fortuit des malades et aux mille hasards des maladies individuelles, ne saurait donner aux élèves une instruction véritablement bonne et utile qu'autant qu'il s'y joint une étude régulière et théorique de la pathologie.

Redevenu disciple, je recueillis, la plume à la main, avec une minutieuse assiduité, ces leçons hebdomadaires de M. Chomel sur le rhumatisme. Non pas, certes, que je me sois piqué de saisir toutes ses paroles avec une fidélité sténographique : cet art m'est étranger, mais qu'importe ? C'était l'esprit, et non la lettre, que j'avais à reproduire. Et, en vérité, y a-t-il un seul professeur dont l'improvisation, si méthodique, si nette et si élégante qu'elle soit, pût être impunément imprimée telle qu'il la laisse échapper de sa bouche ? En fait de style scientifique comme en tout autre genre, ce qui est bon étant dit, le plus souvent sera mauvais étant écrit : car telles manières de phrase et de raisonnement, telles imperfections même, convenables ou du moins tolérées pour l'exposition orale des idées,

ne sont pas supportables dans un livre. Qui peut le savoir mieux que M. Chomel, lui qui, tout à la fois comme écrivain et comme professeur, offre le véritable modèle des qualités nécessaires pour communiquer la science aux lecteurs ou aux auditeurs? Aussi, empêché qu'il est aujourd'hui, à raison des nombreuses occupations du professorat et de la clientèle, de rédiger lui-même ses idées, il n'en confie pas la rédaction à un sténographe, pur écho, automate inintelligent, mais à des médecins qui, comme moi, se soient depuis long temps nourris de sa parole, et puissent l'interpréter et la commenter sans risque de grossières méprises.

La simple mise en œuvre des notes que j'avais prises en écoutant M. Chomel, et dans lesquelles j'avais religieusement fixé tous les points essentiels de chaque leçon, voilà ce qui forme le fond et la substance du volume que je publie. Si je me suis permis d'y joindre çà et là quelques développemens, quelques réflexions accessoires, quelques ornemens d'érudition, c'est que M. Chomel lui-même m'a laissé toute liberté à cet égard, et même, comme pour m'engager à ainsi faire, a mis à ma disposition tous ses manuscrits sur le rhumatisme, toutes les observations qu'il avait rassemblées, tous les extraits qu'il avait faits de divers auteurs, toutes les pensées qu'il avait jetées sur le papier à propos de cette maladie. J'ai scruté aussi par moi-même, et de mes propres yeux, la plupart des auteurs tant anciens que modernes qui ont traité du rhumatisme et de la goutte : j'ai recherché dans les recueils périodiques tout ce qui est relatif à notre sujet. De cet

immense chaos d'assertions qui se répétent ou se contre-disent les unes les autres, j'ai retiré ce qu'il m'a semblé bon de mettre à profit et de citer. Ai-je exploité tant de richesses de façon à me montrer digne de mon maître? C'est à vous, lecteur, à décider ce point. Mais, ce dont je suis bien sûr, c'est que j'ai fidèlement représenté la doctrine de M. Chomel; et, certes, dût-il être mécontent des défectuosités de mon travail, il ne m'appliquera pas du moins ce que Socrate disait de Platon : « *Ce jeune* » *homme nous prête d'étranges discours.* »

Par l'emploi constant de certaines formes de langage dans leur sens propre et rigoureux, j'ai pris soin de faire toujours reconnaître quand c'est moi seul qui avance telle particularité que j'aie seul observée, telle idée que j'aie conçue à part moi et dont je n'oserais affirmer qu'elle sera garantie par M. Chomel; quand j'énonce, au contraire, les doctrines professées par lui et que moi-même je partage non de par son autorité, mais d'après mes propres convictions; quand je le laisse, enfin, parler seul d'un fait rare qu'il a vu, d'un point de théorie sur lequel je n'ai pas, moi, d'opinion arrêtée.

A chacun de ces trois cas j'ai constamment affecté la même locution avec une scrupuleuse exactitude, et, pour ainsi dire, avec une superstition puritaine.

Dans le premier cas, j'emploie tout uniment le pronom *je* ou *moi*, qui semble honni, je ne sais pourquoi, par nos auteurs d'aujourd'hui, et auquel ils aiment tant à substituer la forme plurielle, comme

pour grossir ambitieusement aux yeux du lecteur leur importance personnelle.

Dans le second cas, je dis *nous ;* et ce mot garde ainsi, dans tout le cours de ma rédaction, son rôle naturel et vrai (1).

Dans le dernier cas, je ne parle qu'au nom de M. Chomel, et je fais de lui la troisième personne du discours, comme s'il s'agissait d'un auteur entièrement étranger à la composition de cet ouvrage-ci.

Quant aux observations que j'ai intercalées en divers passages de cette histoire générale du rhumatisme, je les ai triées et rédigées comme les plus intéressantes et les plus probantes d'entre environ cent cinquante recueillies, soit autrefois par M. Chomel lui-même, soit par moi lors de mon intérimat du service clinique de l'Hôtel-Dieu dans les vacances de 1834, soit, enfin, sous les yeux de M. Chomel, par M. Patouillet durant tout le cours de cette

(1) *N. B.* Après cette déclaration formelle, le lecteur s'étonnera, sans doute, de voir qu'en plusieurs passages l'adjectif ou le participe qui doit s'accorder avec ce *nous*, soit écrit au singulier. Mais est-ce ma faute, à moi, si messieurs les correcteurs d'épreuves se sont crus meilleurs grammairiens que moi, chétif auteur? Ce sont eux qui, même après mon *bon à tirer*, ont pensé faire merveille en supprimant les *s*. Et pourtant, soit dit en passant, cette suppression de l'*s*, lors même que *nous* s'emploie par synecdoque au lieu de *je*, est une innovation qui ne règne dans la presse que depuis peu d'années, et qui ne devrait point prévaloir contre l'autorité des bons écrivains, et contre la véritable entente de la langue.

même année 1834, ou par M. Grisolle durant le semestre scolaire 1835-36 (1).

M. Patouillet, qui remplissait à l'époque indiquée la place d'aide de clinique, et qui aujourd'hui est interne à l'hospice de Bicêtre, s'était montré à M. Chomel et à moi un observateur exact et zélé, avant que la Faculté le reconnût solennellement pour tel, en lui décernant le prix Corvisart.

M. le docteur Grisolle, chef de clinique, a déjà, par divers mémoires insérés dans le *Journal hebdomadaire*, acquis une réputation méritée, qui me dispense de rendre témoignage à ses talens.

Assurément, avec cette grosse d'observations que j'avais par devers moi, et que j'ai toutes dépouillées, toutes lues et relues, j'aurais pu, comme un autre, chiffrer de la statistique, tant bien que mal. Les *iatro-statisticiens* me reprocheront bien d'y avoir manqué. Pour toute réponse, je me retrancherai derrière l'autorité du maître dont je n'étais ici que l'interprète. Convenait-il que sous ce rapport je fisse rien au-delà de ce qu'il a fait lui-même dans ses leçons et dans sa thèse ? Quant à mon opinion personnelle sur le mérite de ce qu'on nomme aujourd'hui statistique médicale, les lecteurs, j'imagine, s'en soucieraient fort peu : quel crédit aurait-elle, n'étant point entourée de ses preuves ? Mais tôt ou tard,

(1) Une note indiquera par qui chaque observation a été recueillie. Cela n'a été omis que pour deux observations, la X[e] et la XVII[e], qui toutes deux appartiennent à M. Patouillet. Voilà encore un *erratum* que je suis bien aise de signaler ici. *Suum cuique.*

je le sens, viendra le jour où je ne résisterai plus à la démangeaison de m'expliquer à cœur ouvert sur ce point, et de m'écrier avec le Satirique latin :

(1) Semper ego auditor tantùm ? Nunquàm ne reponam,
Vexatus toties....

Dirai-je, en finissant, que dans le principe, ce livre, à l'instar de l'enseignement oral qui lui a donné naissance, devait, avec une allure purement dogmatique, dérouler l'état actuel de la science, selon l'esprit de M. Chomel, relativement au rhumatisme ? Je ne comptais guère avoir à faire de la polémique, pas plus que M. Chomel n'en avait fait. Mais au moment où mon manuscrit était près d'être achevé et d'être livré à l'impression, parut certaine brochure (2), qui, à raison de la haute position et des grands talens de l'auteur, a causé grande rumeur dans le monde médical. C'était non seulement un manifeste ardent pour la propagande d'opinions nouvelles ou renouvelées, mais encore une sorte de pamphlet contre M. Chomel qui s'y trouve, à chaque page, attaqué nominativement ou par transparentes allusions, un véritable défi jeté d'un air triomphant à l'école clinique de l'Hôtel-Dieu. Je n'ai pu moins faire que de relever le gant. Quoique blessé, dans mon esprit et dans mon cœur, par le ton méprisant dont on traitait les doctrines que je partage et le maître que je vénère, ai-je eu toujours assez d'empire sur

(1) Juv., *sat.* I, v. 1.

(2) *Nouvelles Recherches sur le Rh. artic. aigu*, par M. le professeur Bouillaud.

moi-même pour garder, en mes réfutations, la modération et le calme qui conviennent aux discussions scientifiques d'une époque polie telle que la nôtre, et dont l'oubli nous ferait rétrograder aux virulens discords des pédans en *us* du quinzième siècle? Je l'espère ; et si j'y ai failli, ce n'est pas que M. Chomel n'ait cessé de m'y exhorter.

Encore un mot. L'éditeur et moi, nous avons pensé que le public médical nous saurait gré de la réimpression de la thèse inaugurale de M. Chomel. Cette monographie remarquable ne se trouve plus dans le commerce de la librairie ; elle a même été soustraite du volume qui la contenait dans la collection de la Bibliothèque de l'École. Cependant bien des personnes la demandent, curieuses qu'elles sont de connaître l'œuvre par où débuta un des plus éminens professeurs de notre illustre Faculté. Et ne sera-t-il pas intéressant de voir, par la comparaison de la Thèse d'autrefois avec les Leçons d'aujourd'hui, comment, dans un esprit si lucide et si droit, vingt ans d'expérience et de pratique, au milieu des progrès généraux de l'art, ont perfectionné les doctrines relatives à l'objet favori de ses premières études (1)?

12 septembre 1836.

A. P. REQUIN.

(1) Je dois avertir que, dans ces citations de la Thèse de M. Chomel, j'ai indiqué la pagination de l'édition originale, et non pas de celle qui est publiée dans le présent volume.

LEÇONS

DE CLINIQUE MÉDICALE.

RHUMATISME ET GOUTTE.

ARTICLE PREMIER.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

§ Ier.—Etymologie.

Le mot *rhumatisme*, Ρευματισμός, est dérivé, ainsi que le mot plus simple Ρεῦμα (*rhume*), du verbe Ρέω (*je coule*). Il signifie donc étymologiquement et signifia en effet, dès le principe, toute espèce de flux humoral, toute maladie attribuée, à tort ou à raison, à une humeur. C'est en ce sens qu'on le trouve indifféremment employé dans les écrits de Galien, de Paul d'Égine, d'Alexandre de Tralles, de Cœlius Aurelianus, etc. Mais l'usage moderne en a depuis long-temps restreint la signification à la désignation d'une sorte particulière de maladies, comme il a restreint aussi l'extension des mots *rhume*, *catarrhe*, *goutte*, *fluxion*, qui, en eux-mêmes, ont à peu près la même valeur. Toutefois, les médecins sont encore loin d'être unanimes sur la définition du rhumatisme, et, partant, sur le

rang qu'il doit occuper dans un système nosologique, et sur le nombre d'espèces et de variétés qu'il doit comprendre. Et nous n'espérons pas, nous l'avouons, que nos idées sur ces divers points entraînent un assentiment universel.

Le désaccord ne vient-il que du mot lui-même, comme quelques médecins semblent le croire? Suffirait-il de renoncer à ce mot, qu'ils accusent d'être suranné, vague, et antipathique aux lumières modernes : suffirait-il, dis-je, d'y substituer un mot nouveau, pour rallier tous les esprits? Nous ne partageons pas cette illusion. La querelle des diverses écoles n'est pas seulement une logomachie, une vaine dispute de langage : elle porte sur le fond des choses, comme il sera aisé de s'en convaincre. Chercher dans le néologisme un remède à la dissidence des opinions, c'est un effort stérile et une espérance chimérique. Ce qu'il faudrait, c'est que tous fussent instruits à raisonner juste sur les données de l'observation. Mais n'est-ce pas encore là une utopie?

Mais, d'ailleurs, les reproches adressés au mot que nous conservons, ont-ils, en vérité, une bien sérieuse importance? Est-il plus suranné que ces termes d'*arthrite*, d'*hépatite*, etc., qui, comme lui, remontent jusqu'à l'âge de la médecine grecque, et que l'on s'accorde encore aujourd'hui à trouver très bons? Ne cesse-t-il pas d'être vague, si, comme nous comptons le faire voir dans le suivant paragraphe, on en fixe l'application à l'aide de caractères précis et positifs? Enfin, qu'a-t-il de contradictoire, dans sa valeur étymologique, avec les

phénomènes morbides qu'il désigne ? N'y a-t-il pas souvent, au contraire, évidente fluxion, afflux visible d'humeurs, là où il y a rhumatisme ? Sans recourir, avec les anciens, à l'hypothèse d'une humeur particulière, comme principe invisible et occulte de l'affection rhumatismale, n'y a-t-il donc pas souvent congestion de sang et de sérosité dans les parties rhumatisées ? Ainsi donc, dût-on faire une refonte générale du vocabulaire médical, le mot rhumatisme aurait encore plus de droit à être conservé que le mot inflammation, ce terme métaphorique et essentiellement vague, pour lequel notre siècle a tant de prédilection.

Quelques auteurs ont proposé *rhumatalgie* (de Ῥεῦμα, gén. ῥεύματος, et de Ἄλγος, douleur), afin d'indiquer par là que la douleur est un caractère fondamental, et quelquefois même le seul et unique caractère de la maladie; mais le mot n'a pas réussi, et, pour notre part, nous n'en n'avons pas grand regret. Mieux vaut, comme cela nous semble être passé en usage, réserver la terminaison *algie* aux affections douloureuses d'origine purement nerveuse.

Quant aux diverses dénominations consacrées depuis long-temps, ou proposées par des auteurs recommandables, pour désigner, non plus le rhumatisme en général, mais ses différentes espèces, nous les ferons connaître, et nous les apprécierons chacune en son lieu et place.

§ II.—Caractères fondamentaux des rhumatismes.

Dans notre manière de voir, les rhumatismes constituent une classe naturelle de maladies, qui

seraient suffisamment distinguées d'avec les autres groupes nosologiques par les trois caractères suivans : 1° *siége dans les organes fibreux*, tels que muscles, tendons, aponévroses, ligamens, etc. ; 2° *mobilité*, extrême facilité à se déplacer, à se transporter d'un point de l'économie à un autre ; 3° *intermittence*, c'est-à-dire, alternatives plus ou moins fréquentes et plus ou moins soudaines de disparitions et de réapparitions.

Mais on doit encore ajouter à cette définition générale un quatrième caractère, savoir : *la diversité des formes*. En effet, si dans un grand nombre de cas le rhumatisme apparaît sous une forme franchement inflammatoire, si aux articulations, par exemple, il se manifeste le plus souvent par un appareil complet de symptômes phlegmasiques, douleur, chaleur, rougeur, tuméfaction, et même altération de la sécrétion synoviale ; maintes fois, au contraire, la région rhumatisée n'offre ni gonflement ni excès de chaleur, il n'y a qu'une simple douleur qui le plus ordinairement s'exaspère par la pression.

Dans la grande majorité des cas, si ce n'est même toujours, les cadavres d'individus morts pendant la durée d'un rhumatisme musculaire n'offrent aucune altération dans le muscle où résidaient avant la mort les symptômes rhumatismaux. Depuis environ un demi-siècle que l'anatomie pathologique a été l'objet d'études ardentes et passionnées, à peine a-t-on cité un exemple d'altération cadavérique. Il n'y a pas, que nous sachions, d'autre fait que celui de Morgagni, c'est-à dire une altération de couleur

à la suite d'un prétendu lumbago, fait que nous rapporterons en détail et apprécierons plus bas à l'article qui lui convient. Or, dans les inflammations il y a toujours quelque altération de tissu ou, du moins, de sécrétion. Donc le rhumatisme musculaire, le plus souvent borné à la pure et simple qualité de douleur, ne peut être considéré comme une affection inflammatoire. Quelquefois même, il y a non seulement absence totale de chaleur phlegmasique, mais il se joint, au contraire, à la douleur une sensation de froid, ce qui, dans la réalité comme dans le langage, implique contradiction avec l'existence d'une inflammation.

Ce n'est pas, d'ailleurs, que dans le rhumatisme musculaire que la douleur constitue à elle seule tout le mal; ce cas-là se rencontre aussi, quoique rarement, dans le rhumatisme articulaire; il est plus d'une fois arrivé que l'autopsie n'ait démontré aucune lésion appréciable dans les articulations rhumatisées de sujets qui avaient tout-à-coup succombé accidentellement à quelque désordre beaucoup plus grave.

Voilà donc déja deux formes opposées sous lesquelles le rhumatisme se présente tour-à-tour : nous venons de le constater, là, avec le cortége des symptômes et des lésions inflammatoires; ici, sans altération organique qui soit appréciable sur le cadavre.

Dans une troisième espèce de forme, le rhumatisme offre des lésions qui se rapprochent des *lésions organiques proprement dites* du système nosographique de Pinel; à la douleur articulaire

s'adjoint le gonflement des parties, la formation de concrétions tophacées, l'érosion des cartilages, la dénudation de l'os, la destruction de la membrane synoviale, etc.

Enfin, dans certains cas de rhumatisme articulaire, où le phénomène le plus saillant, après la douleur, est la manifestation d'un épanchement dans l'intérieur de l'articulation, et où le liquide épanché n'est ni puriforme ni même trouble, mais simplement séreux et parfaitement limpide, la maladie a vraiment la forme de l'*hydropisie essentielle* les anciens.

Ainsi donc, le quatrième caractère que nous avons assigné à la classe des affections rhumatismales, est incontestablemant établi pour tout esprit non prévenu et de bonne foi.

Le rhumatisme, par la diversité de ses formes, non moins que par ses rapides métastases, est un véritable Protée. Pour le nosographe, qui aurait plus égard à la variété des phénomènes symptomatiques et des altérations nécroscopiques qu'à l'identité de nature qui se révèle à la méditation clinique sous ces divers déguisemens, le rhumatisme serait un mot à rayer et à proscrire : car, sous un tel point de vue, c'est tantôt une névrose, tantôt une inflammation, tantôt, enfin, une hydropisie, ou quelque autre lésion organique. Mais, si le raisonnement, appuyé sur l'observation, nous fait rattacher, comme nous espérons le prouver dans le cours de cet enseignement, toutes ces formes à un seul et même principe, le mot rhumatisme, consacré par l'autorité de nos devanciers, ne devra pas

cesser de tenir son rang dans la langue nosologique, pour relier les affections polymorphes qui, par leur communauté de siége dans les organes fibreux, par leur mobilité, par leur intermittence, par leurs fréquentes conversions d'une forme en une autre, dévoilent leur évidente parenté, leur incontestable identité d'origine, et qui, à ce titre, ne doivent pas plus être isolées et distraites les unes des autres, qu'on ne s'aviserait d'en user ainsi à l'égard des affections syphilitiques.

§ III. — Division.

Nous divisons cette classe si naturelle des affections rhumatismales en trois ordres, d'après la considération du siége.

Les deux premiers ordres comprennent les rhumatismes de l'appareil locomoteur, savoir : le premier, ceux des muscles volontaires; le second, ceux des articulations.

Le troisième ordre comprend les affections rhumatismales des viscères : groupe beaucoup plus difficile à étudier que ne le sont les rhumatismes musculaires et articulaires. Mais, en récompense, quel intérêt ressort d'une pareille étude! Combien de lumière n'en peut-on pas faire jaillir sur la pathologie viscérale! Naguère encore, alors que l'anatomie pathologique avait dans la science une prépondérance exclusive, et qu'on ne prenait souci que de ce qui tombait sous le tranchant du scalpel, ou sous le crochet de l'airigne, alors ces rhumatismes internes étaient oubliés ou rejetés. On eût crié à l'on-

tologie contre quiconque aurait osé parler d'un rhumatisme de l'estomac ou du cœur? Quelles clameurs n'auraient-ils pas poussées, ces médecins qui ne voulaient croire qu'à la gastrite et à l'anévrisme, qui, par cela même, se disaient positifs, et n'étaient pourtant qu'exclusifs! Mais, aujourd'hui qu'on commence à revenir à une vue plus large et plus complète de l'horizon médical, nous avons l'espoir de nous faire écouter avec calme et impartialité, et, partant, de communiquer notre conviction sur la réalité des rhumatismes viscéraux.

Voici donc, nous le répétons, trois ordres de rhumatismes, que nous allons étudier avec détail en autant d'articles spéciaux.

Premier ordre. Rhumatismes des muscles volontaires, ou Rhumatismes musculaires proprement dits.

Deuxième ordre. Rhumatismes articulaires.

Troisième ordre. Rhumatismes des organes fibreux situés à l'intérieur des cavités splanchniques, ou rhumatismes viscéraux. (Nous y rattachons, comme on le verra, certaines affections, dites nerveuses).

Si cette doctrine nosologique venait à être généralement adoptée, on ne tarderait pas à sentir, comme je l'ai moi-même vivement senti en écrivant cet ouvrage, qu'il y a inconvénient pour la commodité et la précision du langage à être obligé de tenir presque toujours accolée au mot *rhumatisme* une épithète spécifique. Il en résulte souvent que pour désigner avec exactitude une affection rhumatismale, on ne peut se dispenser d'employer des locutions

fort composées, comme celles-ci : *rhumatisme articulaire aigu fébrile*, *rhumatisme articulaire chronique apyrétique*, etc. Cette nécessité de surcharger d'adjectifs le nom principal, surtout quand elle revient souvent, est fort embarrassante ; toutes les personnes familières avec l'art d'écrire en conviendront sans peine. Pour lever cette difficulté, je proposerais donc trois mots, qui, bien que nouveaux, ne devront pas, ce me semble, avoir un air trop repoussant d'étrangeté. Ces trois mots seraient : *myorhumatisme* (de Μῦς, gén. μυός, muscle) , pour le rhumatisme musculaire; *arthrorhumatisme* (de Ἄρθρον, articulation), pour le rhumatisme articulaire ; *endorhumatisme* (de Ἔνδον, en dedans), pour les rhumatismes internes ou viscéraux.

Au demeurant, pour ne point mêler avec les idées de M. Chomel un néologisme dont j'aurais été seul responsable, je me suis gardé d'incorporer, dans le courant de ma rédaction, les mots que j'ai imaginés, et pour lesquels, néanmoins, je n'ai point de prédilection exagérée. Je me suis servi partout, ainsi que M. Chomel lui-même, des expressions vulgairement usitées, en luttant de mon mieux contre la difficulté que je signalais tout-à-l'heure.

§ IV. — Les rhumatismes, à quelque ordre qu'ils appartiennent, ont-ils tous un seul et même tissu pour siége primitif et commun?

Pour résoudre cette question, pour y donner une réponse, sinon certaine et décisive, du moins plausible et probable, conviendrait-il de se renfermer dans le cercle de l'anatomie pathologique, et de repousser, comme hors-d'œuvre dangereux et

maudit, les inductions fondées sur l'analyse des symptômes et sur les principes de l'analogie? Est-ce donc l'autopsie cadavérique qui nous révèle le siége du rhumatisme-modèle, du rhumatisme par excellence, du rhumatisme unanimement reconnu pour tel? Non, certes. Ce n'est que d'après l'observation symptomatologique que la science place cette affection dans les muscles. Ce n'est point après la mort, mais seulement pendant la vie, qu'on reconnaît le siége du mal. On voit que la douleur règne et s'étend suivant le trajet des muscles, et qu'elle s'exagère surtout par la contraction de ces mêmes muscles. Les mouvemens qu'une impulsion étrangère imprime au membre rhumatisé, lui causent beaucoup moins de souffrance que ne lui en causent les moindres efforts de locomotion spontanée. Si, sans même remuer le membre, les muscles essaient une simple contraction, il y a douleur, et l'intensité de cette douleur est en proportion directe avec l'énergie de la contraction musculaire. Qu'importe donc que l'anatomie pathologique manque ici à nos espérances? Nous n'en savons pas moins, de science certaine, ce que nous avons appris au lit même du malade: c'est que le rhumatisme siège évidemment dans les fibres des organes actifs de la locomotion.

Mais reste un doute à éclaircir. Sont-ce les fibres rouges ou musculaires, qui se trouvent affectées? Sont-ce, au contraire, les fibres blanches ou le tissu fibreux proprement dit? L'examen clinique, pas plus que la dissection nécroscopique, la physiologie pas plus que l'anatomie, ne nous fournissent ici

de quoi résoudre péremptoirement la difficulté. Dans certaines parties où il n'y a plus que des tendons, comme, par exemple, aux extrémités des doigts et des orteils, c'est incontestablement la fibre blanche qui est le siége du rhumatisme. Mais en est-il de même en cas de lumbago ou de pleurodynie? Quoique les fibres rouges soient en quantité prédominante dans la région lombaire et dans les parois thoraciques, ne serait-il pas possible que les fibres blanches fussent encore là les seules affectées? L'anatomie pathologique pourrait seule donner une réponse décisive; et, par malheur, elle reste muette ici, comme en trop d'autres circonstances. Aussi M. Chomel n'a point voulu trancher le nœud: il est resté, dans ses leçons, parfaitement neutre entre l'une et l'autre opinion.

Toutefois, à défaut de preuves irréfragables, il me semble qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître de quel côté penche la balance des probabilités. Or, s'il est incontestable que souvent le rhumatisme siège là où il n'y a que du tissu fibreux, comme au tendon d'Achille, au ligament inférieur de la rotule, etc., n'est-on pas presque irrésistiblement porté à inférer, d'après la constante régularité de la nature dans toutes ses opérations, que lorsque le rhumatisme s'établit dans les muscles, ou organes dont le tissu propre se trouve toujours intimement uni à des expansions du tissu fibreux, il doit, encore là, avoir son véritable siége dans ces expansions tendineuses ou aponévrotiques. Je pourrais citer à l'appui de cette opinion un grand nombre d'autorités recommandables. Je me contenterai de faire

parler ici une seule voix, mais une voix bien puissante, celle de notre immortel Bichat. « Il faut » rechercher, » dit-il, (*Anat. Génér.* Considér. genér., § VII.) « lequel est attaqué, du (tissu) fi- » breux ou du musculaire, dans le rhumatisme; je » penche à croire que c'est le premier. » Et ailleurs encore (*même ouvrage*, Syst. fibr. art. III. § III.) « ....les rhumatismes aigus.... affectent principale- » ment les parties fibreuses des grandes articula- » tions, de l'aisselle, de la hanche, du genou, du » coude, etc., les parties aponévrotiques des mus- » cles, etc. »

Relativement au rhumatisme articulaire, il ne peut non plus y avoir que probabilité, et non complète démonstration, sur la question de savoir où il a son siége essentiel et primitif. Et cependant ici l'anatomie pathologique ne nous laisse pas tout-à fait au dépourvu. Dans un assez grand nombre des cas dans lesquels l'examen nécroscopique est possible, on rencontre des altérations remarquables, soit dans les membranes synoviales, soit dans les cartilages articulaires, soit dans les parties fibreuses qui environnent les articulations; nous en traiterons *ex professo* en temps et lieu. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas là seulement qu'il faut chercher la solution du problème. Écoutons encore Bichat, qui, tout en ayant été un des promoteurs les plus ardens de l'anatomie pathologique, se serait bien gardé, comme tant de ses successeurs, d'y réduire toute la médecine, et n'aurait jamais abdiqué sa raison devant une lésion cadavérique. « Un seul » tissu » dit-il (*Anat. Génér.* Consid. génér. § VII.)

» étant d'abord affecté dans un organe, il com-
» munique peu à peu son affection aux autres, et
» ce serait mal juger du siége primitif, que de l'es-
» timer par les parties où il a lieu à l'instant où
» l'on examine le sujet. » Maintenant donc, le rhumatisme articulaire consiste-t-il primitivement dans l'inflammation de la membrane synoviale, inflammation si souvent irrécusable en cas pareil? Ou bien ne réside-t-il, d'abord, que dans les parties fibreuses, dont l'affection, dans cette hypothèse, entraînerait consécutivement l'inflammation synoviale et l'épanchement intra-articulaire? J'avoue que je penche pour la dernière idée, à raison de l'analogie même du rhumatisme articulaire avec le rhumatisme musculaire.

Enfin, en se guidant toujours sur l'analogie, on paraît également en droit d'indiquer le siége précis de ces rhumatismes internes que nous verrons sévir sur les viscères musculeux. Ce doit être le tissu même qui, dans ces organes, sert de point d'insertion et de terminaison aux fibres charnues; tissu tantôt identique, tantôt simplement analogue au tissu fibreux qui remplit cet office à l'égard des muscles de la vie animale. Dans le cœur, par exemple, il y a de véritables tendons à l'extrémité des colonnes charnues, et un véritable tissu fibreux au point d'union des ventricules avec les oreillettes et avec les artères aorte et pulmonaire. Dans l'estomac, les intestins, la vessie, etc., le tissu cellulaire sous-muqueux, à texture si ferme et si dense, est incontestablement l'analogue du tissu fibreux; et c'est à bon droit que plusieurs anatomistes l'a-

vaient désigné sous le nom de *tissu fibro-celluleux*.

Ainsi donc, pour ma part, je regarde comme chose sinon prouvée, du moins extrêmement probable, que tous les rhumatismes siégent primitivement et essentiellement dans des parties de texture identique ou très analogue, savoir, dans les tissus fibreux ou fibro-celluleux. Il y aurait, en faveur de cette thèse, bien des développemens à donner aux idées dont je ne fais, pour ainsi dire, que déposer ici les germes. Mais je m'arrête en songeant que je me suis laissé entraîner au-delà des traces du maître habile dont je dois me borner à être le fidèle interprète, et que j'eusse mieux fait peut-être d'imiter sa réserve prudente, et de ne point m'engager, contre son exemple, dans une discussion que les praticiens purs trouveront peut-être oiseuse et stérile.

§ V. — Antiquité du rhumatisme.

Suivant quelques auteurs, dont l'érudition était, sans doute, fort superficielle, la goutte proprement dite aurait seule été connue dans l'antiquité, et les affections qu'aujourd'hui on qualifie généralement de rhumatismes, seraient venues plus tard grossir la liste des maux physiques de l'humanité. Sydenham lui-même, qui d'ailleurs ne s'est point illustré comme érudit, mais comme praticien habile, montre quelque penchant à partager cette opinion. Dans le chapitre *Rheumatismus*, (et par ce nom il entendait le rhumatisme articulaire aigu des nosographies actuelles), voici en quels termes il jette en passant sa conjecture. « *Nisi forte arbitremur,*

« *hanc morbi speciem ad reliquam ma'orum Iliada*
« *de novo accessisse.* »

Mais il est évident pour quiconque est un peu familiarisé avec la lecture des médecins de l'antiquité, qu'ils ont embrassé sous le nom d'*arthritis* ou de *podagre* toutes les douleurs qui siégent dans les membres, et dans toute la périphérie du corps en dehors des cavités viscérales. Dans la description de la *podagre*, ils ont maintes fois signalé des symptômes qui ne conviennent qu'à ce que l'on nomme aujourd'hui rhumatisme.

Certainement, voici, dans un des livres attribués à Hippocrate, un passage qui désigne, à ne pas s'y méprendre, le rhumatisme articulaire aigu. « Quand » l'arthritis se déclare, les articulations du corps » deviennent brûlantes et douloureuses. Cette ma- » ladie prend la forme aiguë, et les douleurs, plus » ou moins vives, se jettent tantôt sur une articu- » lation, tantôt sur une autre..... La maladie est » courte et aiguë, mais non mortelle. Elle attaque » d'ordinaire les hommes jeunes plutôt que les » vieillards. » (1) Ce qui prouve, surtout, qu'en cet endroit Hippocrate distingue, comme la plupart des pathologistes modernes, le rhumatisme articulaire aigu d'avec la goutte proprement dite, c'est qu'immédiatement après il mentionne celle-ci

(1) Ἀρθρῖτις νοῦσος ὅταν ἔχῃ, λαμβάνει πῦρ καί ὀδύνη τὰ ἄρθρα τοῦ σώματος. Λαμβάνει δὲ καὶ ὀξείη. Καὶ ἐς ἄλλο τε καὶ ἄλλο τῶν ἄρθρων ὀξύτεραί τε καὶ μαλακώτεραι καταστηρίζουσιν ὀδύναι. . . . Καὶ ὀλιγοχρονίη μὲν γένεται καὶ ὀξείη, θανατωδὴς δὲ οὔ. Νεωτέροισι δὲ εἴωθε μᾶλλον ἤ γεραιτέροισι γίνεσθαι. — Ἱπποκρ. Περὶ παθῶν.

comme la plus violente de toutes les maladies pareilles qui siégent aux articulations, comme la plus longue et la plus difficile à résoudre. (1)

Arétée, dans le chapitre XII du livre second des *Maladies chroniques*, chapitre consacré à *l'arthritis*, signale, parmi les symptômes de cette maladie, de véritables rhumatismes musculaires. « Le mal se » transporte sur les muscles du dos et du thorax. » Les muscles sont endoloris avec un sentiment de » tension, même ceux des mâchoires et des tem- » pes. » (2). Le même auteur signale aussi le transport de l'affection arthritique sur les organes intérieurs. » Il y a communication de la maladie » aux reins et à la vessie. (3) »

Nous nous abstenons d'accumuler ici tous les passages analogues que nous pourrions emprunter aux auteurs de l'antiquité, et qui pourraient ainsi se confirmer les uns par les autres. Ce serait un luxe d'érudition peu convenable dans un ouvrage du genre de celui-ci. Le peu que nous avons cité nous semble suffisant pour établir que l'existence de tout ce que nous appelons aujourd'hui rhumatisme est attestée par les plus anciens monumens de la médecine. Qu'importe que le nom ne fût pas le même qu'aujourd'hui ? Il n'est pas moins certain que la chose existait.

(1) *Ποδάγρη βιαιότερον μὲν τῶν τοιούτων ἁπάντων ὁκόσα περὶ τὰ ἄρθρα. Καὶ πουλυχρονιώτατον, καὶ δυσαπαλλακτότατον. Ἱπποκρ.* loco citato.

(2) *Περίστροφος δὲ μετάβασις ἢἐς νώτου μῦας καὶ θώρηκος. . . Μῦες ξὺν ἐντάσει ἀλγέουσι. Γνάθων καὶ κροτάφων μῦες. — Ἀρετ.* loc. citat.

(3) *Νεφρῶν καὶ κύστιος ἡ διαδοχή. — Ἀρετ.* loc. citat.

ARTICLE II.

Ier ORDRE : RHUMATISMES MUSCULAIRES.

(*Myorhumatismes*).

Les rhumatismes musculaires, quoique l'histoire en soit encore très obscure sous le rapport des conditions anatomiques, sont, après tout, les plus simples et les plus faciles à étudier ; et c'est afin de procéder, d'après le précepte des logiciens, du simple au composé, de ce qui est le mieux connu à ce qui l'est moins, que nous avons mis en première ligne les rhumatismes musculaires, pour passer de là aux rhumatismes articulaires, dont l'étude est beaucoup plus compliquée, puis enfin aux rhumatismes viscéraux, dont l'histoire est environnée de tant de doutes et d'obscurités, au point que certains médecins trouvent plus simple de les nier que de les diagnostiquer.

Sagar donnait au rhumatisme musculaire le nom de *Myositis*, qui n'a point fait fortune, et qui, en vérité, mérite bien l'oubli où il est tombé. D'abord, la composition même du mot est mauvaise ; les deux élémens significatifs (Μῦς, muscle ; et ιτις, terminaison consacrée à la désignation des inflammations), sont combinés d'une façon tout-à-fait bar-

bare, qui doit choquer toute oreille tant soit peu versée en philologie. En second lieu, par la valeur même de la terminaison, le rhumatisme musculaire est qualifié d'inflammation, et c'est ce qui n'est pas conforme à la vérité.

D'autres auteurs ont proposé *Myodinie* (Μῦς, déjà cité; et ὀδύνη, douleur). Ce mot, quoique régulier dans sa composition, et inattaquable dans sa valeur significative, n'a pas non plus été adopté.

Dans une première section, nous allons d'abord nous livrer à l'étude générale du rhumatisme musculaire; puis, dans les sections suivantes, nous étudierons successivement et en détail les formes particulières de cette affection à la tête, au cou, au thorax, à la portion abdominale du tronc, et, enfin, dans les membres.

SECTION PREMIÈRE.

DU RHUMATISME MUSCULAIRE EN GÉNÉRAL.

§ Ier. — Siége.

Le rhumatisme musculaire peut avoir son siége dans toutes les régions du corps ; mais néanmoins il attaque le tronc plus fréquemment que les membres. Le lumbago, le torticolis et la pleurodynie sont les espèces les plus communes ; et, quand les membres sont atteints, c'est presque toujours dans les parties les plus voisines du tronc.

§ II. — Étiologie.

Dans un très-grand nombre de cas, le rhumatisme musculaire succède à l'action du froid sur tel ou tel point du corps, à la répercussion de la sueur, à l'impression d'un courant d'air, à un excès de fatigue, et à d'autres circonstances analogues. Ici, la cause occasionnelle, cause extérieure et, pour ainsi dire, palpable, a la plus grande part à la production de la maladie ; l'hypothèse d'une prédisposition organique, cause interne et occulte, n'est que peu ou point nécessaire. Mais, en d'autres cas, le rhumatisme musculaire sévit sans causes occasionnelles appréciables, ou qui suffisent, à elles seules, à rendre compte de ses fréquens retours, de sa durée, de son intensité, de sa mobilité ; alors la prédisposition organique, si insaisissable qu'elle soit à nos sens, doit prendre, sous le nom de *diathèse rhumatismale*, la plus haute valeur étio-

logique. Or, comme cette diathèse paraît être commune au rhumatisme musculaire et au rhumatisme articulaire, qui souvent coexistent ou alternent chez le même sujet, et comme, toutefois, elle amène le plus souvent le rhumatisme articulaire, c'est dans l'article relatif à celui-ci que nous essaierons de découvrir sous quelles conditions elle se développe.

§ III. — Symptômes.

Le symptôme essentiel, constant, caractéristique, du rhumatisme musculaire, c'est une douleur plus ou moins vive qui s'exaspère particulièrement par la contraction ou plutôt par les tentatives de contraction du muscle affecté, et qui, par conséquent, gêne ou rend tout-à-fait impossibles les mouvemens dépendans de ce muscle.

Cette douleur n'est pas, comme les douleurs inflammatoires, constamment accompagnée d'un excès de chaleur : quelquefois, au contraire, il y a sentiment de froid, et, comme dit le vulgaire, *fraîcheur* dans la région endolorie.

D'ailleurs, quelque superficiel que soit le rhumatisme musculaire, il n'offre jamais ni le gonflement ni la rougeur qui accompagnent assez ordinairement le rhumatisme articulaire : on pourra bien déterrer de l'immense chaos des thèses inaugurales et des recueils périodiques quelques observations où le contraire est établi. Mais ces observations sont, sans doute, fautives; les auteurs s'en sont rapportés au dire des malades, ou ont commis peut-être une erreur de diagnostic. Un érysipèle

phlegmoneux, ou même un phlegmon (surtout un phlegmon profond) aura éte pris pour un rhumatisme. Et c'est, par conséquent aussi, en pareil cas qu'on a trouvé dans le tissu cellulaire intermusculaire une plus ou moins grande quantité de pus, qu'on aura, par continuation et redoublement d'erreur, mis sur le compte du prétendu rhumatisme. Mais n'anticipons pas ici sur une question que nous allons traiter à fond tout-à-l'heure au paragraphe de la terminaison.

Le plus ordinairement, il n'y a pas d'appareil fébrile pendant le cours du rhumatisme musculaire: et cet état si fréquent d'apyrexie, alors même que la douleur est des plus aiguës et des plus vives, vient bien, ainsi que l'absence de gonflement et de rougeur, à l'appui de la doctrine que nous avons émise précédemment sur la forme non-inflammatoire d'un certain nombre d'affections rhumatismales; car, dans les phlegmasies, les symptômes généraux ou fébriles manquent bien rarement, surtout si la douleur est intense.

§ IV. — Mobilité.

Le rhumatisme musculaire est fort sujet à se déplacer, à se transporter d'un siége à un autre. Des muscles qu'il a dès l'abord atteints, il s'étend aux muscles voisins, ou bien il se transporte aux muscles correspondans: il frappe, par exemple, aujourd'hui le deltoïde droit, demain le deltoïde gauche. Bien souvent il voyage dans les divers muscles du tronc et des membres de la façon la

plus irrégulière et la plus bizarre : il va, vient et revient comme par d'inexplicables caprices. Il offre, surtout, ce caractère de mobilité, lorsqu'il dépend bien plus de la diathèse du sujet que de l'action des causes extérieures.

§ V.—Complication avec le rhumatisme articulaire.

Quelques-unes des observations que nous avons recueillies pour les insérer dans cet ouvrage, offrent des exemples de la co-existence, déjà plus haut signalée, du rhumatisme musculaire avec le rhumatisme articulaire ; et nous aurons bien soin de mentionner cette particularité dans le résumé mis en tête de l'observation, afin de fixer là-dessus l'attention de nos lecteurs. Quelquefois la complication, au lieu d'être constituée par la simultanéité des deux affections, consiste dans la succession alternative de l'une et de l'autre. (Voir, dans le cours de ces Leçons, les observations I, III, VII, VIII, XV, XXI, XXVI : voir aussi l'observation de M. Marjolin, art. III, sect. II, § VI.) Dans le second cas comme dans le premier, ne voit-on pas se révéler que les deux affections, quoique avec des formes différentes, ont au fond une même et commune nature? Car cette complication n'est pas un fait rare et exceptionnel. Elle a été signalée par la plupart des bons observateurs. Stoll, entre autres, lui dont le seul témoignage doit presque faire loi, mentionne en plusieurs endroits du *Ra io medendi* la co-existence des douleurs musculaires avec les dou-

leurs articulaires comme un phénomène commun et général dans certaines constitutions médicales. « *Varios rheumatismos observabamus hoc mense : » dolebant atrociter articuli majores*, CARNESQUE » INTER EOSDEM MEDIÆ. » (Ann. 1776, mens. mai.) — « *Febris rheumatica multorum articulos pedum, » manuum, digitorum, genua, lumbos, etc. do- » lore lacerante, noctu intensius sæviente, vel et* » CARNES INTER ARTICULOS sitas multum torsit. » (1777, aprilis). Et ailleurs encore.

Mais cette complication, qui, comme on le voit, n'est pas rare à l'état aigu, est surtout fréquente à l'état de maladie chronique. Et, en vérité, ce n'est pas sans fondement que Sauvages en avait fait une espèce nosologique à part, sous le nom de *Rheumatismus arthriticus* (Rhumatisme goutteux.) : « espèce qui attaque constamment et les articula- » tions, et çà et là les parties charnues, en sorte » qu'elle appartient à la fois et presque également » au rhumatisme et à l'arthritis (1), et qu'elle exige » par conséquent le traitement de l'une et l'autre » maladie. Cette affection survient quelquefois à la » suite d'une arthritis vague et mobile, et, prélu- » dant sous la forme aiguë, elle tient le malade au » lit pendant un mois, en proie à la fièvre, et à » des douleurs qui attaquent à la fois ou successi- » vement les diverses articulations, les pieds, les » genoux, la tête, le thorax, les lombes et les

(1) Dans la classe des *douleurs* de Sauvages, le genre *rhumatisme* est la douleur des muscles; et le genre *arthritis* est la douleur spontanée des articulations.

» membres. Dans d'autres cas, c'est une affection » chronique, vague, apyrétique, qui se jette tantôt sur un point, tantôt sur un autre, principalement après une transpiration arrêtée, produit » l'amaigrissement, rend les doigts immobiles et » raides. » Sauvages. *Nosol. Méthod.* Classe VII, genre III. *Rheumatism.*

§ VI.—Terminaison. A-t-elle jamais lieu par suppuration?

Fixe ou mobile, aigu ou chronique, compliqué ou non avec le rhumatisme articulaire, le rhumatisme musculaire se termine toujours par une résolution plus ou moins rapide ou tardive.

Cependant, quelques auteurs ont admis la terminaison par suppuration. Et il ne s'agit pas seulement ici de ces abcès froids qui, à en croire tant d'écrivains de pathologie externe, et notamment Boyer (*Traité des maladies chirurgicales,* tome I[er] page 71), peuvent être produites par le vice rhumatismal tout aussi bien que par le vice scrofuleux: ce n'est là qu'une pure hypothèse d'étiologie, et une hypothèse aujourd'hui assez décréditée pour que nous ne jugions pas à propos de nous y arrêter. Mais on a autrefois publié des faits, d'où il résulterait, suivant ceux qui les ont recueillis, que des rhumatismes musculaires auraient évidemment donné naissance à une collection de pus. Que devons-nous en penser? Doit-on admettre ces prétendues suppurations d'origine rhumatismale? Ou bien ne doit-on pas plutôt penser que, dans tous

ces cas, il y eut erreur de diagnostic, et qu'on prit, par exemple, un phlegmon pour un rhumatisme. C'est ainsi que doivent être considérées, sans le moindre doute, les prétendues observations de suppuration musculaire après rhumatisme, qui ont été rapportées par Latour d'Orléans, dans sa thèse inaugurale, monographie souvent citée (*Essai sur le Rhumatisme.* Thèses de la fac. de Paris, an XI, n° 237.) Nous ne voulons pas qu'on nous en croie sur parole : nous mettons donc sous les yeux mêmes de nos lecteurs un extrait textuel de ces observations, et nous sommes bien sûrs qu'on partagera notre opinion.

PREMIÈRE OBSERVATION : COMMUNIQUÉE A LATOUR PAR VIAL, ÉLÈVE DE BICHAT (Latour, *Thèse*, pages 102 et seqq.) — Suppuration prétendue consécutive à un rhumatisme musculaire. Il y eut bien évidemment erreur de diagnostic. La maladie était un phlegmon profond de la cuisse droite.

« Un malade entre à l'Hôtel-Dieu pour un hy-
» dro-thorax très avancé ; trois jours après il
» meurt.

« L'ouverture cadavérique fut faite par Xavier
» Bichat, en présence du médecin de la salle,
» M. Petit. Celui-ci déclara que le malade, trois
» jours avant sa mort, s'était plaint d'une douleur
» très vive à la cuisse droite qui, bientôt, avait
» *augmenté considérablement de volume*(1). *L'opi-*

(1) Nous désignons par le caractère italique les passages qu'il suffit, je crois, de signaler à la simple attention des lecteurs pour réfuter l'*opinion* de Latour, qui n'était que celle de Bichat, et pour appuyer notre manière de voir.

» *nion de* Bichat, *qui avait sans doute d'autres* » *renseignemens que ceux qui sont rapportés ici*, » et l'ouverture, ont prouvé que cette dernière » maladie était un rhumatisme musculaire des plus » aigus.

» . . . .

« *État de la cuisse droite.* En devant, fendu » longitudinalement, le tissu cellulaire sous-cutané » ne présentait rien; entre le muscle droit et le cru- » ral, il y avait un foyer purulent depuis l'aîne jus- » qu'au genou; au dessous du muscle crural, un » semblable foyer, le long du fémur. Tous les au- » tres espaces intermédiaires présentaient des foyers » purulens; mais, en général, les faisceaux muscu- » laires étaient écartés par-ci par-là, déchirés par » de nombreux petits foyers purulens, comme une » sorte d'infiltration musculaire. »

SECONDE OBSERVATION : COMMUNIQUÉE A LATOUR PAR MAURY, ÉLÈVE DE BICHAT. (Elle a été également rapportée tout au long par Pinel, dans la *Médecine Clinique*, p. 294, comme un cas de rhumatisme.) — Pleurésie, et peut être aussi pneumonie, chez un tuberculeux. Douleurs et collections purulentes en plusieurs parties du corps.

« Antoine Delpierre, âgé de 34 ans, ... fut atteint, » le 7 germinal an X, d'un frisson général... Trois » jours s'écoulèrent dans un état de santé douteux, » puis un point douloureux s'établit au côté droit » de la poitrine, avec toux opiniâtre, crachats peu » abondans, de nature visqueuse; difficulté de » respirer. . . . .

» . . . .

» . . . .

» . . . . Le onzième jour, douleur dissipée, res» piration libre, toux moindre, apparition de deux » furoncles sur la cuisse droite, qui faisaient beau» coup souffrir, et *intervertissaient* le mouvement. » Le treizième jour, sans suppuration; et douleur » pongitive, occupant le corps des muscles de la » cuisse et de la jambe droites. Le quatorzième jour, » douleurs transportées au bras et à l'avant-bras » droits, à la partie moyenne et externe de l'avant» bras gauche; apparition, en ce lieu, d'une *tumeur* » *avec fluctuation*; la peau de la surface des cuisses, » des jambes et des bras, se couvrit de plusieurs » *pustules remplies d'une sérosité lactescente;* ar» ticulation fémoro-tibiale gauche douloureuse. Le » vingt-neuvième jour, face érysipélateuse. . . . . Le » trentième jour, délire taciturne, éruption géné» rale de *pustules* de même nature que ci-dessus, » de la grosseur d'un gros bouton variolique. Le » trente-et-unième jour, délire plus intense, mort.

» *Autopsie cadavérique.* 1° Poumon droit tu» berculeux adhérent à la plèvre costale: 2° articu» lation scapulo-humérale gonflée, la capsule conte» nant un peu plus de sérosité que dans l'état » ordinaire, et différant de l'état naturel par une » couleur plus jaune et plus épaisse que d'ordi» naire: 3° le muscle deltoïde plus compact, et « contenant des tubercules en suppuration, inter» posés entre les fibres: 4° la tumeur de l'avant» bras gauche ouverte a fourni beaucoup de pus » un peu séreux, ayant son siége dans le corps » même des deux radiaux; une autre tumeur, alors » aperçue à la partie postérieure de la cuisse, et

» ouverte, a aussi fourni du pus de même nature,
» siégeant de même dans le corps des demi-tendi-
» neux : 5° le côté externe et antérieur de l'arti-
» culation du fémur avec le tibia du côté gauche a
» aussi été rempli de pus, sans pénétrer la capsule:
» 6° enfin, le côté de la face le plus érysipélateux
» (*côté droit*), fendu par un coup de scalpel, a
» montré le tissu cellulaire de cette partie très in-
» filtré. »

On conçoit, au reste, aisément, que l'inflammation et la suppuration des couches de tissu cellulaire qui se trouvent profondément situées entre les muscles, ou entre les faisceaux d'un même muscle, donnent lieu dès le principe à une erreur de diagnostic. Quels seront, en effet, les premiers symptômes d'un phlegmon profond? Il n'y aura aucun de ces phénomènes pathognomoniques qui décèlent le phlegmon sous-cutané. La douleur, la gêne ou même l'impossibilité des mouvemens, et de là une attitude pareille à celle qu'eût entraînée le rhumatisme de la région malade : voilà tout ce que l'on pourra constater. Le médecin déclare alors qu'il y a rhumatisme. Mais le prétendu rhumatisme persiste opiniâtrément pendant plusieurs jours, et ne se guérit que par la formation et l'ouverture d'un abcès : ou bien, le mal ayant excessivement empiré et la mort étant survenue, on trouve, à l'autopsie, comme dans la première observation rapportée par Latour, des abcès situés entre les muscles profonds de la région malade. Hé! bien, malgré cela, le médecin, avec la meil-

leure foi du monde, aura pu persévérer, par préoccupation, dans son premier diagnostic.

Quelquefois même, pour surcroît de déception, on peut avoir affaire à des individus habituellement rhumatisans ; tel est, par exemple, le cas suivant, rapporté par Pinel dans sa *Nosographie philosophique*, à l'article du Rhumatisme musculaire.

« Un cultivateur, âgé de quarante ans, qui, dix » ans auparavant, avait éprouvé des douleurs » rhumatismales dans les membres, se rendit à » l'Hôtel-Dieu avec des douleurs très profondes, » très intenses dans le genou droit, qui était très » gonflé, sans aucun changement marqué de la » couleur des tégumens (le malade avait d'ailleurs » un hydrothorax à la suite d'une affection chro- » nique du poumon). Le sixième jour, augmenta- » tion de la douleur, gonflement de la cuisse et » de la jambe, et le lendemain difficulté extrême » de respirer, prostration des forces, et la mort. » *Autopsie cadavérique.* Depuis l'aîne jusqu'au » genou du membre affecté, entre le muscle droit » antérieur et le crural, foyer purulent, ainsi » qu'entre le triceps crural et le fémur. Tous les » autres interstices musculaires offraient des foyers » purulens plus ou moins étendus, avec une com- » munication libre entre eux par la destruction » du tissu cellulaire. Le corps des muscles indi- » qués ci-dessus contenait des foyers plus grands » que ceux qui étaient distribués dans les fais- » ceaux charnus, dont les uns étaient déchirés, » et les autres écartés et d'un rouge très vif, en » sorte qu'on remarquait une sorte d'infiltration

» presque totale de ces muscles divisés en petits » foyers. Les aponévroses et les tendons étaient » intacts: mais les tendons des muscles de la cuisse » qui s'insèrent au tibia offraient au dessous » d'eux divers foyers purulens qui communiquaient » entre eux et avec la cuisse; deux s'ouvraient » dans l'articulation : l'intérieur de cette dernière » était rempli d'une matière purulente plus liquide » que celle qu'on avait trouvée dans la cuisse, » de couleur grisâtre, et semblable à un mélange » de synovie et du pus des muscles. La membrane » synoviale, peu altérée sur les surfaces articulaires, » était d'un rouge livide dans la portion qui ta- » pisse la capsule fibreuse, et au pourtour des » surfaces articulaires : dans ces mêmes endroits, » elle était plus épaisse, moins dure et plus facile » à détacher que dans l'état ordinaire. Il en était » de même de l'articulation du tibia avec le péroné: » la matière purulente renfermée dans les muscles, » était consistante, sans odeur marquée; sa couleur » était variée, grise, jaunâtre, rouillée, etc. : dans » un endroit on ne trouvait que du sang noir : » l'autopsie d'ailleurs confirma l'hydrothorax, qui » avait été indiqué par le caractère particulier » des symptômes. »

Si nous avons encore ici copié complétement cette observation, qui ne nous a pas plus convaincus que les deux précédentes de la réalité des suppurations rhumatismales, c'est que nous avons voulu, je le répète, soumettre fidèlement à l'appréciation de nos lecteurs les pièces les plus authentiques qui, ous la garantie d'auteurs graves et accrédités,

puissent, dans le débat en question, être produites à l'appui de l'opinion contraire à la nôtre. Nous affirmons que, parmi les observations qui ont été publiées dans le même but et que nous ayons lues, il n'y en a aucune qui soit plus probante et plus décisive. On pourra donc former ici son jugement en parfaite connaissance de cause d'après celles que nous avons reproduites.

En résumé, parmi les innombrables cas d'une affection aussi fréquente que le rhumatisme musculaire, quelques auteurs ont cru avoir à signaler quelque exemple de suppuration, et cela, pour ainsi dire, de loin à loin, peut-être une fois sur mille (et certes nous ne portons pas encore assez haut le second terme de ce rapport numérique). Irons-nous donc accueillir sans défiance de pareils faits, les accepter aveuglément tels qu'on nous les donne et qu'on nous les interprète, contrairement à l'expérience de la plupart des médecins qui n'ont jamais vu le rhumatisme musculaire se terminer en abcès ? Il nous semble même qu'il n'y a pas de doute possible, dans l'état actuel de la science, relativement aux cas où, comme dans la première observation rapportée par Latour et dans celle de Pinel, le pus a été trouvé en vaste collection entre les muscles d'un membre. Ce sont là, bien évidemment, des cas de phlegmon profond, d'inflammation franche et vraie du tissu cellulaire. Quant aux cas où, comme dans la seconde observation de Latour, des foyers purulens existaient dans l'intérieur même d'un ou de plusieurs muscles, ils peuvent être spécieux au premier abord. Mais,

au fond, ils ne prouvent rien autre chose, sinon que le tissu cellulaire interposé entre les fibres musculaires peut s'enflammer et suppurer tout aussi bien que celui qui se trouve situé en plus grandes masses entre les muscles ou sous la peau, ce qui était facile à prévoir par simple voie d'analogie. Maintenant, est-ce une interprétation naturelle que d'attribuer au rhumatisme musculaire, maladie si ordinaire et si commune, ces exemples rares et exceptionnels de suppuration interfibrillaire? N'est-il pas plus rationnel de les rapporter à toute autre origine? A l'époque où furent publiées les observations de ce genre, on ne connaissait pas comme aujourd'hui les faits de résorption, ou, si l'on aime mieux, d'infection purulente : c'est peut-être à cette dernière catégorie que, mieux interprétées, elles devraient appartenir aujourd'hui : toujours est-il que l'interprétation qu'on a voulu y donner aurait besoin de nouveaux faits pour être confirmée. Ce sont des cas rares et curieux ; mais il est probable que le rhumatisme n'y entrait pour rien, pas même comme cause occasionnelle. A plus forte raison doit-on le déclarer innocent à l'égard des cas où l'on a vu tous les muscles de la cuisse convertis en une bouillie purulente, la membrane synoviale du genou perforée en divers points, avec érosion des cartilages articulaires, etc. Quel médecin songerait aujourd'hui à rapporter de pareils désordres au rhumatisme? Ces faits, sans contredit, sont intéressans pour l'anatomie morbide du système musculaire ; mais ils sont étrangers à la pathologie du rhumatisme musculaire, dont l'existence est

indépendante d'une lésion anatomique appréciable.

Après cela, nos lecteurs ne devront pas s'étonner que nous n'ayons pas consacré dans cet ouvrage une section particulière au psoïtis, espèce nosologique que quelques médecins contemporains ont établie comme inflammation ou rhumatisme du muscle psoas, et qui, disent-ils, se termine souvent par suppuration. Dans ce dernier cas, qui est le seul, effectivement, où cette maladie mérite d'être décrite à part, nous ne voyons plus là un rhumatisme, mais une inflammation phlegmoneuse, assez souvent consécutive à la rupture du muscle par suite d'un effort violent. D'après les observations détaillées que nous avons lues dans les recueils périodiques ou dans les thèses inaugurales, le muscle psoas, lors même qu'il est rompu, ne contient point de foyers purulens dans son intérieur; il se trouve simplement ramolli au milieu d'une collection de pus amassée dans sa gaîne tendineuse.

SECTION II.

RHUMATISME MUSCULAIRE DANS LES DIVERSES RÉGIONS DE LA TÊTE.

§ Ier. — Dans la région épicrânienne.

A la tête, le rhumatisme de la couche fibro-musculeuse qui revêt la voûte du crâne, mérite de nous occuper particulièrement.

Parmi le petit nombre de médecins qui en ont fait mention, quelques-uns lui ont appliqué le nom de *gravedo*, par analogie de terminaison, sans doute, avec celui de lumbago. L'usage a exclusivement consacré ce dernier mot à signifier une affection rhumatismale. Mais il n'en est pas de même du mot *gravedo*, qui dans la bonne latinité sert à désigner en général toute pesanteur de tête, et qui n'a pas pris jusqu'à présent droit de bourgeoisie dans le vocabulaire médical à titre de terme technique et spécial. Nous employons donc la dénomination de *rhumatisme épicrânien*, dénomination longue, il est vrai, mais qui, à défaut de concision, a du moins l'avantage d'être comprise sur le champ par tout le monde.

Rarement le rhumatisme épicrânien est la première manifestation de la prédisposition rhumatismale. Le plus souvent, il ne se déclare que chez des sujets qui ont déjà éprouvé d'autres rhumatismes, soit articulaires, soit musculaires. C'est ainsi qu'Arétée le signale d'une façon évidente dans son chapitre, déjà cité plus haut, Περὶ Ἀρθρίτιδος. Un instant avant d'écrire ces lignes, je viens d'en observer un cas chez un malade en ville ; et ce malade est un

goutteux, actuellement même en proie à une attaque, et chez lequel une douleur excessive, toute superficielle, vivement exaspérée par la pression la plus légère, et, pour ainsi dire, par le seul contact de ma main, s'est déclarée sur toute la surface du front, aux paupières, aux tempes, et dans toute l'étendue de la région sincipitale, immédiatement après l'apaisement des douleurs articulaires de l'un et de l'autre pied. (Prévenons nos lecteurs, une fois pour toutes, que nous mentionnons ici et qu'en toute occasion nous mentionnerons encore la goutte comme rhumatisme articulaire : nous consacrerons une section de ce livre à la démonstration de cette manière de voir.)

Le rhumatisme épicrânien, surtout s'il survient accidentellement chez un sujet qui ne soit pas rhumatisant d'habitude, reconnaît la plupart du temps pour cause occasionnelle l'impression du froid sur le cuir chevelu en sueur. Aussi se présente-il de préférence chez les individus dont la transpiration est naturellement abondante, et surtout à l'âge où la tête devient chauve, c'est-à-dire, de 35 à 45 ans environ.

Il peut occuper la totalité de la voûte crânienne, ou bien se borner à une seule région. Il est tantôt fixé à la nuque, tantôt au vertex, tantôt au sinciput. Quelquefois il envahit régulièrement une moitié latérale du crâne ; c'est la véritable hémicrânie.

La douleur augmente dans les mouvemens du muscle occipito-frontal, ou par une pression extérieure. Le poids du chapeau, par exemple, peut devenir intolérable. Quelquefois, en outre, il y a

exaspération de la douleur par toutes les circonstances qui déterminent vers la tête afflux de sang ou surcroît de chaleur; certains malades ne peuvent se couvrir sous peine de souffrances atroces, ni surtout endurer la chaleur de l'oreiller; ils sont ainsi condamnés à rester nuit et jour debout, ou du moins sur leur séant. Si l'on examine la partie affectée, on n'y trouve point ce gonflement œdémateux, qui est propre à l'érysipèle du cuir chevelu.

C'est bien moins sur l'absence de coloration que sur le défaut d'œdème qu'il faut écarter du diagnostic l'idée de l'érysipèle. Un coryza peut produire une vive douleur dans l'une des moitiés latérales du front, mais la présence des autres symptômes ne permet point de méprise. Ce qui est le plus embarrassant pour le diagnostic, c'est que certaines affections intracrâniennes donnent aussi lieu à l'hémicrânie proprement dite, douleur d'ailleurs assez rare, quoi qu'en puisse faire penser la fréquence de la migraine, dont le nom est dérivé d'hémicrânie par corruption. Mais interrogez les personnes en proie à ce qu'on nomme vulgairement migraine: elles n'accuseront presque jamais de leurs souffrances un côté tout entier de la tête, mais toujours une portion plus restreinte. Quand la céphalalgie est sympathique, elle n'occupe jamais non plus une moitié latérale de la tête: si elle est bornée à une moitié, c'est toujours la moitié antérieure, le front, qui en est le siége; si elle est universelle, il faut, en général, en chercher le point de départ dans le ventre et dans la poitrine, et non pas dans la tête

même. L'hémicrânie seule se rattache toujours à une affection idiopathique de la tête. Mais, nous l'avons déjà dit, en mainte occasion, il sera malaisé de décider si l'affection est intracrânienne, ou bien si elle n'est qu'un rhumatisme épicrânien. Néanmoins, dans la grande majorité des cas, par la notable exaspération de la douleur consécutivement à la contraction de l'occipito-frontal, par l'absence de tout symptôme insolite, par la considération des circonstances commémoratives, comme rhumatismes antécédens, etc., et surtout aussi par la considération des rhumatismes concomitans, on pourra établir, moitié négativement et par exclusion, moitié affirmativement et par raison directe, le diagnostic du rhumatisme épicrânien.

Voici, par exemple, un cas observé à la clinique de l'Hôtel-Dieu, dans lequel le rhumatisme épicrânien se manifesta bien évidemment.

Ire OBSERVATION (1).

Première attaque de *fièvre rhumatismale*, à 50 ans, sans disposition héréditaire. Causes probables : habitation dans une maison fraîchement bâtie, comme cause prédisposante ; refroidissement par l'effet de la pluie, comme cause occasionnelle. Entre autres points rhumatisés, RHUMATISME ÉPICRANIEN. Persistance du mouvement fébrile pendant 24 heures, malgré la cessation des douleurs locales. Retour de ces douleurs. Développement d'une névralgie crurale et d'une névralgie sciatique. Guérison après un mois et demi.

Le 4 février 1834, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 17, le nommé Leclerc

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

(Charles), ouvrier sur les ports, âgé de 50 ans. Cet homme, né de parens sains, doué lui-même d'une assez forte constitution, jouit d'une santé habituellement bonne : seulement, il y a dix ans, il éprouva à l'épaule gauche une douleur qui l'a empêché de travailler pendant quelque temps. Il habite depuis six mois une maison nouvellement construite. Le jeudi 30 janvier, il se trouva tout mouillé d'une pluie abondante et froide; le soir même de ce jour, il fut pris de frissons avec altération de la voix et avec de la toux ; il se mit autour du cou un cataplasme de carottes broyées. Le 31 au matin, il se réveille avec une extinction de voix ; il retourne à son travail accoutumé, mais il est forcé d'y renoncer, une heure avant la fin de la journée, par le frisson qui le saisit avec douleurs vagues dans les membres; il rentre chez lui, s'assied, et ne peut plus se relever, à raison d'une douleur fort vive des deux genoux ; il est mis au lit.

Dès lors la fièvre n'a pas cessé; il y a eu constamment céphalalgie, insomnie, un peu de toux, quelques crachats, perte complète d'appétit, et constipation : les douleurs ont gagné successivement les mollets, les articulations tibio-astragaliennes, les pieds, et ont enfin attaqué, le 4 février, les membres supérieurs aux épaules, aux poignets et aux mains; elles ont à peu près la même intensité le jour et la nuit.

Le 5 février au matin, voici quel était l'état du malade, lors de la visite de M. Chomel. Gonflement remarquable, et douleur des deux genoux, et surtout du gauche; la rotule gauche est séparée

des surfaces articulaires correspondantes par un intervalle d'une à deux lignes, et au dessus de son bord supérieur il y a une tumeur avec évidente fluctuation; la rotule droite touche encore les condyles du fémur. Gonflement et douleur encore plus considérables, avec rougeur, vers la malléole interne du côté gauche. Extrême sensibilité à la pression dans l'un et l'autre pied, sans tuméfaction notable. Douleur et gonflement du poignet gauche, et des doigts du même côté; ces parties sont en état d'extension, la flexion est tout-à-fait impossible. Mêmes symptômes au poignet et aux doigts du côté droit, mais à un moindre degré d'intensité. CÉPHALALGIE GÉNÉRALE RAPPORTÉE PAR LE SENTIMENT MÊME DU MALADE A LA SURFACE DU CRANE, ET S'EXASPÉRANT UN PEU, EN EFFET, PAR LA PRESSION, COMME S'IL Y AVAIT EU CONTUSION DES TÉGUMENS DE LA TÊTE. Voix sourde et comme éteinte: douleur au larynx; l'articulation des sons n'augmente en rien cette douleur, la déglutition non plus. Bonne sonorité de la poitrine à la percussion: râle sibilant, en arrière, des deux côtés; quelques crachats muqueux; quelques efforts de vomissement en toussant. Nulle douleur abdominale. Pouls médiocre, et fréquent (92). Peau moite, soif vive, insomnie presque complète. (Prescription: *saignée, 4 pal.; potion gommeuse; petit lait, un pot; tis. de chiend. miell. nitr.* 2 *pots; clyst. émoll.*; *diète*). Saignée couenneuse.

6 février. Persistance de la céphalalgie. Mêmes articulations rhumatisées. Picotemens dans les jambes: douleurs très vives dans les bras, exaspérées d'une façon insupportable par le plus léger contact.

Retour de la voix à son timbre naturel : plus de toux. Continuation de l'appareil fébrile. (Prescr. : *ut suprà, moins la saignée*).

7 février. Le malade a très-bien dormi. Plus de céphalalgie : plus de douleur dans les membres, il ne reste qu'un sentiment de pesanteur là où siégeaient hier les plus vives souffrances. Retour de l'appétit. Soif médiocre. Pas de selles malgré les clystères. Pouls plein, fort, et fréquent (95). M. Chomel prédit la réapparition prochaine des douleurs. (Prescr. : *ut suprà*, plus, 2 *crêmes de riz, et* 2 *bouillons*).

8 février. Les douleurs ont reparu avec la même intensité qu'auparavant dans le poignet et les doigts du côté droit, et au pouce du côté gauche. La tête est redevenue douloureuse au plus léger contact. Raideur, sans douleur, aux jambes, aux cuisses et aux hanches. Peu de fièvre. (Prescr. : *ut suprà.*)

9 février. Même état, plus une pleurodynie à droite. (Prescr. : *saignée*, 2 *pal.*; *petit lait tamariné; chiend. miell. nitr.; clyst. de pariétaire*; 2 *bouillons*, 3 *tass. de lait*).

10 février. Le rhumatisme épicrânien a disparu pour ne plus revenir.

Depuis lors jusqu'au 18, l'affection rhumatismale a occupé tour-à-tour diverses articulations avec d'irrégulières variations dans son intensité : par deux applications de sangsues, on l'a délogée, une fois du poignet droit, une autre fois de la région lombaire ; mais chaque fois elle ne fut que délogée, mais non détruite ; elle se localisait bientôt dans un nouveau siége.

Le 18 février, il survint, en outre, des douleurs dans le trajet du nerf crural droit : le pouls était devenu lent (63). M. Chomel prescrivit dès lors un bain tous les jours, deux gros de sirop d'opium pour le soir.

Le 20 février, les douleurs rhumatismales et la névralgie disparurent comme par enchantement après un bain.

Le 23, réapparition de douleurs rhumatismales médiocrement intenses, qui voyagèrent d'un endroit à l'autre pendant les jours suivans, après s'être, par deux fois, suspendues momentanément ; la douleur du nerf crural droit se manifesta de nouveau, il survint aussi une douleur sourde et continue dans le trajet du nerf sciatique gauche : après la cessation de ces névralgies, il y eut encore quelques douleurs rhumatismales jusqu'au 8 mars. Le malade resta encore sept jours à l'hôpital, dormant et mangeant bien, sans aucune espèce d'incommodité : il sortit donc parfaitement guéri le 15 mars.

Nous avons inséré ici cette observation à l'occasion du rhumatisme épicrânien, dont elle offre un exemple bien net, bien tranché, bien incontestable. Mais nos lecteurs, en la parcourant, doivent s'être convaincus qu'ainsi que nous l'avions indiqué dans le résumé en petits caractères, elle offre une foule d'autres circonstances intéressantes pour l'histoire des affections rhumatismales. Il en sera à peu près de même de toutes les observations détaillées que nous produirons dans cet ouvrage : elles mériteront

l'attention de nos lecteurs, non seulement relativement à la circonstance à propos de laquelle elles trouveront place, mais encore sous d'autres points de vue. C'est pour cette raison même que nous avions un moment songé à placer toutes les observations à la fin du volume; et nous y aurions renvoyé dans le courant de l'ouvrage chaque fois qu'il aurait été question d'une proposition qu'elles tendent à appuyer. Mais, toutes réflexions faites, nous avons pris le parti de les disséminer, dans l'idée qu'elles seront plutôt lues ainsi une à une et isolément, que si elles se trouvaient toutes entassées en un même endroit. En tête de chaque observation nous avons noté les points capitaux; et nous y renverrons, quand nous le croirons utile.

Encore une remarque : c'est sur cette épithète de *probable* ajoutée aux causes que nous croyons devoir signaler. Qu'il n'y ait point de méprise à cet égard. C'est par rigueur de logique que nous mettons cette restriction. D'un seul fait, on ne peut tout au plus conclure en matière d'étiologie qu'une simple probabilité. Mais comme cette probabilité se répète souvent, comme le rapport de succession entre l'impression prolongée ou subite du froid et de l'humidité et la production du rhumatisme est un fait ordinaire et commun, la probabilité parvient à un degré voisin de la certitude, et le rapport de succession a droit d'être considéré comme un rapport de causalité. Car, dans les sciences physiques, *post hoc, ergo propter hoc* n'est un paralogisme qu'autant qu'on applique cette manière de raisonner à quelques cas isolés. *Post hoc* SEMEL, *aut* BIS,

ergò propter hoc : c'est là que gît la source des erreurs. *Post hoc* SÆPIUS, *ergo*, etc., voilà la probabilité. *Post hoc* SEMPER, *ergo*, etc., voilà où serait là certitude, si dans le ressort de la médecine il était possible de dire : *tel ou tel fait arrive toujours*.

Nos lecteurs verront encore un cas de rhumatisme épicrânien dans notre XVI[e] observation.

Disons quelques mots du traitement de ce rhumatisme.

Il ne convient guère d'appliquer tout d'abord les sangsues sur le siége même du mal qu'autant qu'il y a calvitie. Car, autrement, il faudrait raser préalablement le cuir chevelu, ce qui serait une opération douloureuse dans une telle circonstance; puis, d'ailleurs, les malades répugnent à se condamner, sans nécessité absolue, à cette calvitie artificielle. Ainsi donc, dans un bon nombre de cas, on devra se borner à prescrire au patient d'avoir la tête nue, ou simplement garnie d'un léger serre-tête, et à lui faire appliquer deux ou trois fois les sangsues aux tempes ou derrière les oreilles. Cependant, si ces premières applications sont complétement infructueuses, il faudra enfin prendre le grand parti ; on fera raser la tête, on y appliquera encore les sangsues, puis un vésicatoire.

Le rhumatisme épicrânien vient-il à se reproduire souvent à des intervalles plus ou moins éloignés, ou même à persister sous le type chronique : ce que l'on conseille ordinairement au rhumatisant, c'est de se vêtir la tête fort chaudement, de porter,

par exemple, une calotte de laine, et, par dessus, un serre-tête de taffetas gommé, afin de s'opposer le plus possible à la déperdition de la chaleur naturelle. Cependant il arrive quelquefois que la tête souffre d'être trop couverte, et qu'alors les douleurs rhumatismales s'exaspèrent par les moyens mêmes qu'on leur oppose. Puis, d'ailleurs, ce mode de traitement, même dans les cas où il est efficace contre le rhumatisme, a le grave inconvénient de disposer aux congestions cérébrales et aux apoplexies. Il faut donc y renoncer chez les individus qui donnent les plus légers indices d'une si dangereuse disposition. Il faut alors suivre une marche toute contraire ; au lieu de préserver du froid la partie rhumatisée, on cherchera à la tonifier, à l'endurcir, à en diminuer l'impressionnabilité. On diminuera progressivement l'épaisseur des coiffures, on les fera peu à peu d'une étoffe de plus en plus fraîche et légère, et on pourra même avec succès aller jusqu'à laisser la tête entièrement découverte. Voilà pour l'hygiène. Quant à la thérapeutique, elle nous fournira, dans le même but, les affusions froides.

§ II. — Dans les autres régions de la tête.

Comme la région épicrânienne, d'autres régions de la tête peuvent encore, mais plus rarement, devenir le siége du rhumatisme musculaire.

M. Chomel a quelquefois observé le rhumatisme du muscle crotaphyte, d'où résultaient douleur et gêne dans l'élévation de la mâchoire inférieure, spécialement lors de la mastication.

Nous n'avons jamais observé le rhumatisme des muscles de la joue, et, en lisant les auteurs qui ont prétendu en avoir vu des exemples, nous avons été disposé à croire que c'étaient des cas de névralgie ou de paralysie faciales. Nous conseillons de consulter, à ce propos, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2e année, n° X, et 3e année, n° I), le mémoire de M. Bérard aîné sur les fonctions du nerf facial et la paralysie de la face. Ce savant professeur démontre évidemment que certaines hémiplégies faciales, plus ou moins rapidement survenues sans blessure ni aucune altération appréciable du nerf de la septième paire, sans trouble de l'intelligence et sans paralysie des membres, *hémiplégies rhumatismales* des Anciens, considérées à tort aujourd'hui par la plupart des médecins comme étant toujours le symptôme d'une affection cérébrale, doivent être attribuées à une affection locale du nerf. Dans beaucoup de cas, il est vrai de reconnaître que l'affection locale du nerf facial pourra être rattachée avec quelque apparence de raison à une cause rhumatismale générale, comme le cas de névralgie crurale et sciatique qu'on vient tout-à-l'heure de lire dans notre Ire observation. Mais, c'est là une vue qui, juste ou fausse, est étrangère au paragraphe actuel, et sur laquelle nous reviendrons ailleurs.

M. Chomel a vu les mouvemens des paupières devenir douloureux chez des sujets rhumatisans. Moi-même aussi j'ai été témoin du rhumatisme palpébral : c'était, comme nos lecteurs se le rappellent encore sans doute, chez ce malade que j'ai

cité dans le paragraphe précédent comme un exemple de rhumatisme épicrânien.

Le rhumatisme des muscles des yeux a été signalé par Stoll. (*Ratio medendi.* III. 91.) Au mois de septembre 1779, sous le règne d'une constitution rhumatismale, l'illustre praticien de Vienne en observa, à ce qu'il paraît, des cas dans lesquels il y eut strabisme et diplopie; mais pourtant la description qu'il donne laisse quelque chose à désirer, et, par conséquent, permet quelque doute. Mais l'observation suivante nous fournit un exemple incontestable du rhumatisme des muscles oculaires.

IIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme des muscles des yeux : diathèse rhumatismale héréditaire. Fièvre typhoïde survenue postérieurement. Mort.

Le 19 juillet 1815, Rabure (Marie), domestique, âgée de 28 ans, fut admise à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Catherine, n. 57.

Cette femme, d'une forte constitution, d'un embonpoint médiocre et d'une stature moyenne, au teint basané, aux yeux bruns et aux cheveux châtains, était née de parens rhumatisans : son père était très fréquemment affecté de rhumatismes articulaires, et sa mère, à qui elle ressemblait beaucoup, en avait été plusieurs fois atteinte. Depuis long-temps elle-même était sujette à des douleurs

(1) Recueillie par M. Chomel.

rhumatismales vagues, qui occupaient tantôt les genoux, tantôt les épaules, rarement quelque autre partie, mais qui d'ailleurs n'avaient jamais été assez vives pour empêcher tout-à-fait le mouvement des articulations affectées, et ne duraient guère que quatre à cinq jours.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, Marie R*** avait été prise d'une douleur rhumatismale à la nuque, variété de torticolis, qui ne lui permettait point de tourner la tête à droite et à gauche; puis elle avait été prise, en outre, d'une même douleur aux yeux, de sorte qu'elle ne pouvait pas non plus les remuer en aucun sens, les élever ou les abaisser, les porter en dedans ou en dehors, sans éprouver de vives souffrances. Elle tournait le corps entier lorsqu'elle voulait voir un objet situé de côté : la tête demeurait immobile sur la colonne vertébrale, comme les yeux dans leurs orbites.

On observa ces seuls symptômes pendant trois jours, avec un peu d'anorexie; ils diminuèrent graduellement, et enfin disparurent au bout de ce temps. Mais ensuite on vit se développer une fièvre continue avec symptômes bilieux et ataxiques (comme on disait alors), c'est-à-dire, selon notre vocabulaire actuel, une fièvre typhoïde, laquelle amena à la longue la mort de la malade.

A l'autopsie on ne trouva rien qui pût expliquer anatomiquement le rhumatisme de la nuque et des yeux.

Dans l'observation précédente, nous ne voyons

point le strabisme ni la diplopie accompagner, comme dans les cas rapportés par Stoll, le rhumatisme des muscles oculaires. Ce n'est pas que nous répugnions à croire que ces accidens puissent réellement être la conséquence d'une affection rhumatismale. Nous concevons fort bien, au contraire, que, par suite de la douleur inhérente à la contraction des muscles rhumatisés, il y ait cessation de parallélisme et d'harmonie entre les mouvemens des deux yeux, de la même façon que se produit la vicieuse situation de la tête sur le cou dans le rhumatisme de cette dernière partie : et ce strabisme accidentel une fois déterminé, la double vision en est le résultat forcé. Mais Stoll a omis de mentionner le caractère propre, le signe pathognomonique du rhumatisme : il ne nous dit pas, en effet, si chez les sujets soumis à son observation les mouvemens du globe oculaire étaient accompagnés de douleurs qui les rendissent, sinon impossibles, au moins très difficiles ; c'est cette dernière circonstance, circonstance capitale et seule caractéristique, qui ne permet aucun doute relativement à l'observation de M. Chomel.

Que dans cette observation on ait eu à signaler l'absence des traces anatomiques dans les parties précédemment rhumatisées, nous avouons que cela n'a pas grande valeur, et nous n'en avons parlé que pour mémoire. Car le rhumatisme avait cessé depuis quelques semaines, lorsque la mort arriva par suite de la maladie grave postérieurement survenue. Or, le rhumatisme musculaire eût-il pour caractère une lésion anatomique appréciable, cette lésion pourrait bien ne laisser aucune

trace après un certain laps de temps. Ce n'est point à raison de faits semblables que nous soutenons que le rhumatisme musculaire est indépendant d'une lésion anatomique visible et palpable. C'est qu'à en juger par le silence général des anatomo-pathologistes, il a dû y avoir pareillement absence complète de caractères anatomiques chez les individus qu'une maladie intercurrente ou un accident quelconque ont frappés de mort pendant le cours même d'un rhumatisme musculaire.

L'observation suivante de Morgagni prouve que la langue elle-même est susceptible de se rhumatiser.

Observation. — Rétrocession d'une maladie cutanée ; douleurs rhumatismales dans tout le corps, avec fièvre ; rhumatisme de la langue et du pharynx.

« Le second individu se trouvait atteint d'une » affection tout-à-fait semblable à celle du pre- » mier malade quant à l'ulcération de la peau et » aux croûtes (1), affection qui avait d'abord atta- » qué, les bras, et bientôt après, les jambes, puis » enfin quelques autres parties. Par le conseil de » je ne sais qui, il se couvrit d'une chemise im- » prégnée de vapeur de soufre ; il fit ainsi dispa- » raître presque entièrement la maladie cutanée, » mais il fut aussitôt saisi de douleurs rhumatisma- » les dans tout le corps avec accompagnement

(1) Morgagni a assimilé l'affection du premier malade à ce que l'on appelle *achores* chez les jeunes enfans. (Teigne laiteuse ou muqueuse, croûtes laiteuses : *Achor mucifluus*, dans la dernière nomenclature du professeur Alibert.)

» de fièvre. Ces douleurs l'empêchaient non seule-
» ment de reposer durant la nuit, mais même,
» pendant le jour, de se retourner dans son lit. Il
» y a plus, elles commençaient à envahir la lan-
» gue et l'arrière-bouche. » (Morgagni, Ep. LV. 3.)

Je ne sache pas qu'il y ait eu jusqu'à présent, dans les fastes de la science, d'autre observation que celle-là, pour établir la réalité du rhumatisme lingual, que d'ailleurs par analogie on était bien en droit de regarder *à priori* comme possible. Mais désormais le fait de Morgagni ne sera plus le seul et l'unique. Car nous pouvons y ajouter un fait semblable, qui a été observé à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et que les lecteurs rencontreront dans notre Xe observation.

Les muscles du pharynx sont plus fréquemment atteints de rhumatisme qu'on ne le pense communément : car ce rhumatisme pharyngien est confondu par la plupart des médecins, sous le nom d'angine, avec la pharyngite ou inflammation de la membrane muqueuse. Voici un exemple incontestable de cette affection dans l'observation suivante, que j'ai moi-même recueillie à une époque où j'étais intérimairement chargé du service clinique de l'Hôtel-Dieu.

IIIe OBSERVATION (1),

Aménorrhée : douleurs rhumatismales musculaires et articulaires très mobiles ; RHUMATISME PHARYNGIEN.

Le 18 septembre 1834, Eugénie Dombes, ou-

(1) Recueillie par M. Requin.

vrière fleuriste, âgée de 16 ans, entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Lazare, n. 1). Cette jeune fille, d'une constitution médiocrement forte, et d'un teint assez coloré, n'avait encore eu qu'une fois le flux menstruel, et cela, il y avait deux mois, pendant un jour et demi seulement; cependant, à considérer le développement des glandes mammaires, et celui du système pileux des aisselles et des parties génitales, la puberté paraissait confirmée; il y avait donc, rigoureusement parlant, aménorrhée. Céphalalgie habituelle depuis l'éruption imparfaite des règles. Quinze jours avant l'entrée à l'Hôtel-Dieu, les deux jambes avaient été prises de douleurs qui, d'abord légères, puis de jour en jour plus intenses, avaient fini par se transporter aux genoux, aux cuisses et ailleurs; la cuisse gauche avait été, quelque temps auparavant, le siége d'une éruption de *plaques rouges* (urticaire).

Le 19 matin, lors de la visite, voici l'état de la malade. Genou gauche douloureux à la pression, et par le mouvement, mais non au point d'être condamné à une immobilité absolue; il n'y a, d'ailleurs, ni tuméfaction, ni rougeur extérieure. Douleur excessivement vive dans la cuisse gauche, depuis la hanche jusqu'au genou, suivant le trajet du muscle couturier. Douleurs dans l'une et l'autre épaule. Point de fièvre: appétit bon. (*Saignée*, 2 *palettes; cataplasmes émolliens laudanisés; tisane de chiendent; quart de portion.*)

Le 20, les douleurs du membre inférieur gauche sont un peu moindres que la veille, l'épaule droite est complètement dégagée, l'épaule gauche est tou-

jours un peu endolorie ; toujours même apyrexie ; la malade avait parfaitement bien dormi. *(Catap. laudan. ; tis. de chiend. ; quart.)*

Le 21, toutes les douleurs rhumatismales de la veille ont complétement disparu, mais le cou est devenu un peu douloureux en arrière. (Prescription: *ut suprà.*)

Le 22, le cou n'est plus douloureux en arrière, mais à sa partie latérale gauche, au dessous de l'angle de la mâchoire : les mouvemens de flexion, d'extension et de circumduction du cou exaspèrent la douleur, mais d'une façon peu vive. Gêne légère dans la déglutition ; la muqueuse pharyngienne n'offre point de rougeur inflammatoire ; les amygdales sont toutes deux un peu proéminentes. Les épaules sont redevenues douloureuses, la gauche un peu plus que la droite. Toujours même absence de fièvre, bon sommeil, bon appétit, bonne digestion ; la malade demande qu'on lui augmente sa nourriture. *(Catap. laud. ; frictions avec le baume tranquille ; gargarisme adoucissant ; demi-portion.)*

Le 23, mêmes douleurs scapulaires ; légère diminution du torticolis et de la dysphagie ; toujours même absence de rougeur morbide au pharynx, même proéminence des amygdales, et en particulier de la gauche. (Prescript. : *ut suprà.*)

Le 24, diminution des douleurs scapulaires : disparition complète de la dysphagie, et cependant les amygdales offrent la même proéminence que les jours précédens. *(Frict. avec le baume tranq. ; infusion d'armoise ; demi-port.)*

Le 25, bien-être complet. La proéminence des

amygdales est toujours la même. *(Inf. d'arm.; trois-quarts de port.)*

Le 1er octobre, veille de l'*exeat*, c'est-à-dire sept jours encore après la cessation absolue de la dysphagie, j'eus soin de faire constater à toutes les personnes qui suivaient la visite clinique, que la proéminence des amygdales était restée la même. Il fut alors bien évident que le volume anomal de ces glandes n'avait point eu de part, comme on avait pu d'abord le croire, à la production de la dysphagie, et que cette sorte d'angine sans rougeur inflammatoire, sans supersécrétion ni altération du mucus pharyngien, était de même nature que les douleurs rhumatismales si mobiles auxquelles elle avait succédé.

Nos observations Xe et XVIe fournissent encore d'autres exemples de rhumatisme pharyngien.

Quant au traitement de ces douleurs rhumatismales des tempes, des paupières, des yeux ou du pharynx, comme elles surviennent presque toujours dans le cours d'une attaque plus ou moins générale de rhumatisme, et qu'elles se dissipent, d'ordinaire, assez promptement, elles ne réclament guère l'emploi de remèdes particuliers ; au besoin, on userait des sangsues, des dérivatifs, etc.

SECTION IIIe

RHUMATISME DES MUSCLES DU COU, OU TORTICOLIS.

Le rhumatisme des muscles du cou, ou torticolis, mérite d'arrêter quelques instans notre attention. La plupart du temps, il est vrai, c'est une affection si légère et si courte, qu'on se dispense de consulter le médecin. Mais il arrive aussi quelquefois que la douleur soit très vive, ou que la durée du mal soit par trop longue; alors, le patient appelle notre art à son aide.

Le torticolis (*tortum collum*, cou tors) est ainsi nommé, à cause de la position du cou, qui ne peut alors se tenir que de travers et dans un état de torsion. Mais, à la vérité, d'autres causes que le rhumatisme peuvent déterminer cette anomale situation. Ces causes sont même nombreuses. Un furoncle, un érysipèle, un phlegmon sous-cutané ou profond, la destruction de la peau par une brûlure, une cicatrice vicieuse, la paralysie ou la convulsion des muscles, l'engorgement des ganglions cervicaux, une tumeur squirrheuse dans le muscle sterno-mastoïdien, la luxation des vertèbres cervicales et leur inégal développement, ou même enfin une mauvaise habitude contractée dès l'enfance: voilà autant de circonstances qui contournent le cou et inclinent la tête, et auxquelles on applique souvent le nom de torticolis, et cela, sans doute, à bon droit d'après l'étymologie. Cependant, le torticolis rhumatismal étant de tous le plus fréquent, l'usage a généralement prévalu,

parmi les médecins, de le désigner sans épithète, et d'une manière absolue. Quelques auteurs ont proposé le mot *obstipité*, (de *obstipus*, vieux mot latin qui ne se trouve, je crois, que dans Plaute, pour désigner avec une énergique concision quiconque a le cou de travers) : mais ce mot, dont la souche est si peu connue, a trouvé peu de voix qui le répétassent.

Le torticolis succède ordinairement à l'impression de l'air froid sur le cou, surtout quand cette partie se trouve préalablement fort échauffée et en sueur.

La disposition de nos lits, en particulier, laisse le cou très accessible à l'action du froid pendant la nuit. Tandis que la tête est enveloppée de bonnets, et que le corps est garanti par les couvertures, le cou seul reste souvent exposé à l'air, dont la fraîcheur exerce une influence d'autant plus nuisible que toutes les autres parties sont chaudes et quelquefois humectées par une douce moiteur. Aussi, comme tant de médecins l'ont observé, est-on souvent appelé par des personnes qui, à leur réveil, ne peuvent remuer le cou, et sont obligées de le tenir dans la situation inclinée qu'il avait sur l'oreiller. Et remarquons ici comme la prédisposition à se rhumatiser semble naître de l'habitude que telle ou telle région du corps a d'être vêtue. La face, qui reste en tout temps exposée à toutes les injures de l'air, ne se rhumatise jamais ou presque jamais. Comme la région épicrânienne, le cou, dans notre costume moderne, est habituellement couvert ; comme elle, il paie souvent tribut au rhumatisme. Cela dit, on comprend aisément pourquoi le torti-

colis est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Il faut en accuser la mode obligatoire des cravates pour le sexe masculin. Beaucoup de torticolis surviennent pour une cravate dénouée et défaite mal à propos, le corps étant en sueur. Néanmoins le refroidissement n'est pas la seule et unique circonstance qui occasionne le torticolis. Ce rhumatisme succède aussi fort souvent à un mouvement violent, à un effort excessif des muscles du cou. Notons, d'ailleurs, que, de toutes les affections rhumatismales, le torticolis est celle qui semble exiger le moins de prédisposition de la part de l'individu, et se produire le plus facilement par la seule influence des causes extérieures que nous venons de signaler.

Voici maintenant par quels symptômes le torticolis se caractérise. L'attitude seule du patient annonce même de loin la maladie. La tête est tournée et penchée d'un côté; elle demeure fixe sur le cou dans une certaine situation qu'il est presque impossible de changer. Pour regarder du côté opposé, le malade meut le tronc tout d'une pièce, ou prend à deux mains sa tête, qu'il fait alors pivoter comme un corps inerte; car les mouvemens qui exigent la contraction des muscles du cou produisent une douleur aiguë; les mouvemens passifs sont beaucoup moins douloureux; dans un état de repos parfait, on n'éprouve que de la torpeur, mais non de la douleur. Le sommeil est nul, ou péniblement interrompu : car les malades une fois endormis oublient leur mal et remuent leur cou; aussitôt une horrible souffrance leur fait payer cher cette inad-

vertance; ils ne s'assoupissent donc un instant que pour être chaque fois cruellement réveillés.

Nous avouons ici, et nous l'avons déjà dit ailleurs, qu'un phlegmon profond pourrait être méconnu dans le début, et être aisément pris pour un cas de rhumatisme. Mais, sans parler du furoncle, de l'érysipèle, du phlegmon sous-cutané, des brûlures et des cicatrices, toutes choses qu'il suffit de regarder pour éviter la méprise, y a-t-il encore d'autres erreurs de diagnostic à craindre?

Certes, il faudrait une grande légèreté pour s'en laisser imposer par la paralysie ou la convulsion de certains muscles du cou; car, dans le premier cas, on peut ramener la tête à sa rectitude naturelle sans produire aucune douleur; dans le second cas, la raideur tétanique des muscles est toujours perceptible, sinon à la vue, du moins au toucher.

Les engorgemens ganglionnaires d'un seul côté du cou et les lésions des vertèbres cervicales peuvent quelquefois entraîner une attitude semblable à celle du torticolis : et souvent même les parens se plaisent, dans les illusions de leur tendresse, à déguiser, sous ce nom peu redoutable de torticolis, une difformité de plus sinistre augure, un symptôme grave d'affection scrofuleuse ou rachitique. Mais le médecin, attentif aux circonstances anamnestiques, aux symptômes concomitans, ne pourra guère se méprendre. Ce n'est que dans le cas de torticolis chronique (cas extrêment rare) qu'il pourrait y avoir matière à difficulté. En effet, le rhumatisme, en se perpétuant opiniâtrement, et en prolongeant longtemps l'inclinaison de la tête et la torsion du cou,

peut, à la longue, amener des altérations notables dans la conformation des os, de même que l'altération primitive des os amène consécutivement une attitude contournée du cou. Mais la manière dont sera survenue cette attitude anomale, devra éclairer le diagnostic.

La première indication qu'il faille remplir dans le traitement du torticolis vrai, ou torticolis rhumatismal, qui seul doit ici nous occuper sous le point de vue thérapeutique, est de soustraire la partie malade à l'impression de l'air froid. On y pourvoira donc en enveloppant le cou d'un mouchoir rembourré de laine grasse, ou de ouate sèche, en guise de cravate. Il sera bon aussi de prescrire des bains tièdes où le malade sera plongé jusqu'à la bouche. En cas de douleur aiguë, les sangsues produisent presque toujours un bien-être immédiat; quelques heures après leur application, les souffrances se trouvent notablement apaisées, et, au bout de vingt-quatre heures, la guérison est complète. Si les sangsues ont seulement diminué le mal sans l'enlever entièrement, on doit y recourir de nouveau. Mais si les saignées locales ont échoué, et que le torticolis persiste dans son intensité première, ou, faiblement diminué, passe à l'état chronique, il faut employer des vésicatoires volans suffisamment répétés. Si le mal résiste, il convient enfin d'administrer les narcotiques par la méthode endermique : appliquer, par exemple, un quart de grain, un demi-grain même, d'acétate, ou mieux de chlorhydrate (hydrochlorate) de morphine sur la surface vive du dernier vésicatoire.

SECTION IV.

RHUMATISME MUSCULAIRE DES PAROIS THORACIQUES, OU PLEURODYNIE.

Pleurodynie (de Πλευρά, côte, et Ὀδύνη, douleur) signifierait littéralement toute espèce de douleur de côté. Mais l'usage, qui gouverne le langage des savans comme celui du vulgaire, ne permet plus aujourd'hui d'employer ce mot que pour désigner le rhumatisme des muscles des parois thoraciques.

Souvent la pleurodynie survient sans cause manifeste; quelquefois elle succède évidemment à l'impression du froid; quelquefois aussi elle est due à des efforts de toux ou d'éternuement. Elle siége ordinairement sur un seul côté de la poitrine, dans un espace peu considérable, et très souvent, comme le point pleurétique, elle apparaît dans les environs du mamelon; mais elle peut aussi se montrer sur tous les points du thorax, tant en avant qu'en arrière. Quelquefois même un côté tout entier se trouve endolori : et cela seul est déjà un moyen de diagnostic; car il est excessivement rare que la pleurésie, la pneumonie, ou autres affections du poumon et de ses annexes, donnent lieu à une douleur si étendue et si diffuse.

M. le docteur Gaudet, médecin-inspecteur des bains de Dieppe, qui a publié dans la *Gazette médicale* (1834, n° 15) une intéressante monographie du rhumatisme des parois thoraciques, dit avoir observé cette affection, onze fois sur treize, au côté gauche. Cette proportion numérique n'est-

elle due qu'au hasard ? ou bien faut-il la considérer, avec le docteur Gaudet, comme une manifestation d'une loi pathologique, d'après laquelle le côté gauche serait incomparablement plus souvent atteint de pleurodynie que le côté droit ? Une statistique établie sur une plus vaste échelle que le docteur Gaudet n'a pu le faire, sera seule propre à décider ce point.

La douleur pleurodynique est très intense ; elle est, en général, beaucoup plus aiguë que la douleur pleurétique. Souvent elle arrache des cris au malade, ce qui n'arrive guère dans les maladies pulmonaires.

La pleurodynie, d'ailleurs, a des caractères positifs qui lui sont propres. Il y a augmentation de douleur par les mouvemens du thorax, par les efforts d'inspiration et d'expiration, par la pression extérieure, par l'inclinaison du tronc. Le décubitus sur le côté malade est plus douloureux que dans la pleurésie ; et fort souvent, en outre, les mouvemens du bras correspondant réveillent ou redoublent les souffrances du point pleurodynique.

Joignons à cela les caractères ou signes négatifs, c'est-à-dire tous ceux qui éloignent l'idée d'une pleurésie ou d'une pneumonie.

Et d'abord, signalons la sonorité de la poitrine et l'intégrité du bruit respiratoire. Il ne faut pas cependant croire qu'il n'y ait sous ce rapport aucune différence entre un individu parfaitement bien portant et un individu atteint de pleurodynie, entre le côté sain du thorax et le côté rhumatisé. Certes, les muscles malades ne peuvent manquer de se contracter sous le doigt qui les frappe, même par per-

cussion médiate; et il s'ensuit que la sonorité est un peu moins claire que dans l'état normal. Pareillement, l'auscultation perçoit un bruit respiratoire un peu moins intense du côté malade que du côté sain; car la pression du sthéthoscope, ou même de l'oreille seule, suffit encore pour déterminer la contraction des muscles, et rendre par là plus sourd le murmure de la respiration.

En second lieu, l'absence de fièvre et de symptômes généraux est une exception dans les phlegmasies des organes internes du thorax; mais, dans la pleurodynie, elle est la règle. Vous voilà, par exemple, appelé près d'un individu qui se plaint d'un point de côté; vous lui tâtez le pouls, et vous ne trouvez que peu ou point de fréquence dans les battemens de l'artère; vous êtes dès-lors bien sûr qu'il n'y a point de pneumonie. Mais peut-être y a-t-il pleurésie? car l'apyrexie est chose impossible dans la première maladie, mais non dans la seconde. Eh bien! la percussion et l'auscultation viendront alors vous éclairer, et dissiper le plus souvent votre soupçon.

Troisièmement, enfin, la toux manque dans la pleurodynie, à moins cependant qu'elle n'ait elle-même été la cause occasionnelle de cette affection, comme nous en avons établi la possibilité ci-dessus dans notre court alinéa d'étiologie.

On voit donc que par la considération combinée des caractères, tant positifs que négatifs, qui viennent d'être indiqués, il est presque impossible de confondre dans la pratique la pleurodynie avec la pleurésie, et surtout avec la pneumonie.

Mais remarquons que la pleurodynie peut devenir cause occasionnelle de la pleurésie ; tant que cele-là dure, il faut donc toujours être en garde contre le développement de celle-ci. C'est pour cela qu'il est convenable d'attaquer énergiquement la pleurodynie dès son début. Puis, durant tout le cours de cette affection, on ne doit pas manquer d'explorer assidument la poitrine pour voir s'il ne se forme pas d'épanchement pleurétique.

Nous avons souvent demandé à des malades atteints de pleurésie s'ils étaient habituellement sujets à des points de côté sans fièvre : la plupart nous ont fait une réponse affirmative, et ont le plus souvent accusé de cette disposition pleurodynique le côté même où siégaient leurs pleurésies. On voit par là quels rapports mutuels de causalité lient les deux maladies l'une à l'autre. On doit d'autant moins s'en étonner que dans le cours de certaines affections rhumatismales, qui n'ont même pas leur siége dans les parois thoraciques, il se forme des épanchemens dans la plèvre ou dans le péricarde, sans qu'ils s'annoncent d'abord par aucune douleur: si en pareil cas on ne songe point à interroger la poitrine par la percussion et par l'auscultation, on ne sera averti, mais souvent trop tard, que par la manifestation d'une dyspnée toujours croissante lorsque la sérosité se sera accumulée au point de compromettre gravement la vie des malades. Mais nous parlerons plus au long de cet insidieux accident à propos du rhumatisme articulaire, qui est particulièrement sujet à en être compliqué.

La pleurodynie peut être confondue avec des

douleurs d'estomac, de rate ou de foie, plus aisément, sans contredit, qu'avec les inflammations de la plèvre et du poumon. Un examen attentif et minutieux des circonstances antécédentes et des symptômes actuels réussira, toutefois, dans le plus grand nombre des cas, à empêcher la méprise.

Dans le cours de la phthisie pulmonaire, on observe très souvent des points douloureux, qui, soit erreur réelle de diagnostic, soit mensonge adroit pour entretenir l'illusion du malade, peuvent être qualifiés de pleurodynies. Ces douleurs, dans le début de l'affection, siégent dans la région supérieure de la poitrine, vers la clavicule, dans l'aisselle, et dans la fosse supérieure de l'omoplate; plus tard, elles se montrent dans la région moyenne; enfin, elles envahissent les régions les plus basses: voilà, du moins, l'ordre le plus fréquent de leur développement successif. Elles occupent un petit espace, sont très aiguës, augmentent par la pression extérieure. Ce ne sont pourtant pas des pleurodynies, ce sont des pleurésies partielles, circonscrites, qui correspondent aux parties malades du poumon, et qui, après quelques jours de durée, se terminent par des adhérences entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, comme on s'en assure par la nécropsie des individus tuberculeux, chez la plupart desquels les poumons ne peuvent point être enlevés et isolés dans toute leur intégrité, mais ne se retirent que par lambeaux à cause de leurs innombrables points d'étroite et intime jonction avec la surface interne de la cavité thoracique. Ce sont vraiment des pleurésies à forme spéciale, des pleu-

résies à part, comme les inflammations du parenchyme pulmonaire autour des tubercules sont aussi des pneumonies à part. Ces pleurésies-là ne produisent presque jamais d'épanchement : il n'y a qu'un seul cas où le contraire ait lieu; c'est lorsque les progrès de la tuberculisation perforent la plèvre pulmonaire avant de l'avoir fait adhérer à la plèvre costale : d'où l'on voit que cette inflammation adhésive des deux plèvres, tout en étant cause de quelques souffrances, n'en est pas moins une circonstance favorable, puisqu'elle éloigne l'issue fatale de la phthisie ; car, sans elle, le pneumothorax, qui presque toujours entraîne une mort rapide, se développerait bien plus souvent.

Le pronostic de la pleurodynie est peu sérieux, sans doute, à prendre la maladie en elle-même ; mais, eu égard à la pleurésie secondaire qui peut se déclarer, il est plus grave que celui des rhumatismes musculaires jusqu'ici étudiés.

Pour enlever une pleurodynie, il suffit quelquefois de l'application d'un cataplasme émollient, ou de certains topiques analogues en grande réputation parmi les commères, comme, par exemple, une omelette toute chaude, un pain sortant du four, etc., etc. Il n'y a aucun praticien qui ne pût, comme nous, retrouver, dans ses souvenirs ou dans ses notes, de nombreux exemples de pleurodynies guéries comme par enchantement en quelques heures par des moyens semblables ou autres. En voici un cas que nous empruntons à Amatus Lusitanus, illustre médecin observateur du seizième siècle ; ce cas est assez intéressant par la nature

même du moyen employé, qui n'est pas aussi trivial que les remèdes précités.

Observation. — Pleurodynie promptement guérie par l'application d'une ventouse.

« La sœur de Manuel Habib, femme veuve et » de haut rang, fut prise tout-à-coup d'une dou- » leur très intense et très aiguë sous la mamelle » gauche : elle n'avait point de fièvre, elle ne tous- » sait point, mais elle se plaignait très vivement » de sa douleur. Ayant été appelé auprès d'elle, » je lui fis appliquer sur le point douloureux » une large ventouse bien enflammée (1) : ce dont » elle se trouva si bien qu'au bout de quelques » instans elle se proclama guérie, et que les assistans » publièrent la chose comme surprenante et tenant » du prodige. »

Amat. Lusitan. *Centurie VII*e, *cure* 19e.

Lorsque la pleurodynie est plus tenace, le traitement doit consister dans une application de huit à dix sangsues sur le point douloureux. On renouvellera même, au besoin, cette saignée locale. Si le mal n'est pas enlevé par ce moyen, il cédera à un vésicatoire volant. Quelquefois, à la vérité, il

(1) *Cucurbitam magnam multâ ignitam flammâ*. C'est ce que nous appelons une *ventouse sèche*, qu'on appliquait alors, comme cela se pratique encore souvent aujourd'hui, en y enflammant un peu de papier, de coton, ou d'étoupe. Or, tous nos lecteurs savent bien qu'en ce cas la ventouse agit d'autant plus énergiquement que la flamme est plus vive.

ne disparaît qu'après le troisième ou quatrième vésicatoire ; mais une telle opiniâtreté est fort rare.

On ne devra pas même recourir à l'évacuation sanguine, ni à la vésication cutanée, si la pleurodynie, tout en prolongeant sa durée au-delà de quelques heures, et même de quelques jours, n'a cependant que peu d'intensité. Il suffit alors d'employer, pendant la nuit, un cataplasme émollient, et, pendant le jour, pour plus de commodité, un emplâtre de poix de Bourgogne, ou de diachylon gommé ; ces remèdes simples guériront la partie rhumatisée en la préservant du contact de l'air et en y maintenant une douce chaleur. On pourra aussi mettre à profit les bains chauds (de 25° à 30° R.) et les douches de vapeur. Mais, je le répète, sangsues, vésicatoires, et emploi endermique d'un sel de morphine, voilà les ressources capitales et vraiment efficaces du traitement curatif.

Quant au traitement prophylactique, c'est un précepte banal que l'application habituelle d'un morceau de flanelle, ou d'une peau de lièvre ; on prescrit même sur-le-champ le gilet de flanelle. Mieux vaudrait auparavant tenter l'effet des affusions froides, qui peuvent fortifier et endurcir les régions rhumatisantes contre les variations atmosphériques. Car c'est le froid long-temps prolongé qui produit les rhumatismes. Une aspersion froide, ou un bain froid de quelques minutes exaltent au contraire, en vertu de la réaction consécutive, la chaleur naturelle des parties.

SECTION V.

RHUMATISME DES PAROIS ANTÉRIEURES ET LATÉRALES DE L'ABDOMEN.

Cette espèce n'a pas encore de nom particulier. Avant que M. Chomel l'eût indiquée et reconnue d'une façon expresse, en maintes occasions, dans le cours de son enseignement clinique, aucun médecin, que nous sachions, n'en avait donné une histoire spéciale. Il y a vraiment lieu de s'étonner que ce rhumatisme, que pour cause de brièveté je proposerais de nommer *pré-abdominal*, ait été si longtemps méconnu, ou du moins négligé et passé sous silence. Il n'a pas moins de droit que le torticolis, la pleurodynie ou le lumbago, à occuper une place distincte dans le cadre nosologique des affections rhumatismales.

Déjà M. le docteur Genest, pendant qu'il remplissait à l'Hôtel-Dieu la place de chef de clinique sous M. le professeur Chomel, a inséré dans la *Gazette médicale* trois articles fort intéressans sur ce rhumatisme des parois abdominales (*Gaz. méd.* 1832, n°s 107, 110 et 112). Je viens ici, après lui, esquisser une courte monographie de cette affection, sinon avec le même talent, du moins avec l'avantage précieux de parler au nom du maître qui m'a donné mission d'exposer ses idées à ce sujet.

Le rhumatisme pré-abdominal, à un faible degré d'intensité, a dû et doit encore souvent se manifester, surtout chez des individus rhumatisans d'habitude : mais, peu douloureux et peu durable qu'il est en ce cas, c'est chose aisée à concevoir

qu'on n'y prête qu'une médiocre attention, et qu'il passe, pour ainsi parler, inaperçu. Quand il se développe, au contraire, avec quelque violence, il peut aisément être pris pour une gastrite ou une entérite, et surtout pour une péritonite. Et voilà évidemment pourquoi il n'avait point obtenu de nos devanciers la mention, ou, pour mieux dire, la reconnaissance officielle qui lui est bien et dûment acquise.

Dès 1812, M. Chomel avait recueilli l'observation suivante, qui offre, à n'en pas douter, un cas de rhumatisme des parois abdominales.

IVe OBSERVATION (1).

Rhumatisme musculaire aigu et mobile. Cause occasionnelle : impression du froid, le corps étant en sueur. Siéges divers : lombes, épaules, nuque, PAROIS ABDOMINALES, etc. Guérison au bout d'un mois.

Le 7 octobre 1812, entra à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Louis, n° 84, le nommé Servoisier (Charles François), garçon charcutier, âgé de 18 ans.

Ce jeune homme, d'un tempérament lymphatico-sanguin, au teint clair et animé, aux yeux bleus, aux cheveux châtains, est né d'un père sain, et ignore si sa mère, morte d'un cancer a été sujette aux rhumatismes. Il a eu dans son enfance les ganglions du cou fréquemment engorgés jusqu'à l'âge de douze ans, où il est devenu pubère; il est sujet maintenant à de fréquentes épistaxis,

(1) Recueillie par M. Chomel.

et présente même de petites ulcérations dans l'intérieur des narines ; sauf cela, et quelques points de côté qui n'ont jamais duré plus de deux ou trois heures, il a joui jusqu'ici d'une bonne santé.

Dans les derniers jours de septembre, il est descendu, étant en sueur, dans une cave très fraîche ; il y a été sur le champ saisi d'un très vif sentiment de froid, à tel point qu'il s'est bien promis de n'y jamais redescendre en semblable circonstance. Deux ou trois jours après, il a commencé à sentir dans tous les membres, et surtout dans les lombes, une douleur qui augmentait par le mouvement et par la pression, et qui entraîna un repos forcé. Deux jours plus tard, le lumbago avait beaucoup diminué d'intensité, mais, en revanche, les épaules, la nuque et la tête étaient endolories au point d'être condamnées à une immobilité absolue. Après un intervalle de trois jours, durant lesquels le rhumatisme alla s'affaiblissant dans ces dernières parties, il survint une pleurodynie à la partie inférieure et latérale gauche du thorax, puis les parois abdominales devinrent douloureuses entre l'ombilic et le rebord des côtes gauches. Ce fut alors que le malade entra à l'hôpital ; il y offrit l'état suivant.

8 octobre. Lumbago très léger qui ne devient sensible que dans les mouvemens, et c'est alors une sensation d'élancement. Douleur de même caractère dans le cou. Douleur bien plus vive dans la région ci-dessus signalée des parois abdominales ; elle est continue, et le malade la compare à l'effet d'un coup de poing ; elle s'exaspère notablement

par la pression, par les mouvemens généraux du tronc, par la rétraction des parois abdominales dans l'expiration, enfin par le froid extérieur quand on y expose la partie souffrante, mais elle n'est nullement influencée par l'ingestion des alimens légers que prend le malade ; elle est également intense le jour et la nuit, et empêche le sommeil. Céphalalgie gravative à gauche, mais toute intérieure ; car elle n'est point du tout augmentée par la pression. Pouls plein et développé sans dureté et sans fréquence. Respiration libre. Bouche très amère ; langue un peu jaune à son milieu ; anorexie ; peu de soif ; point de nausées ; quelques légers frissons par intervalles irréguliers ; urine un peu rouge.

9 octobre. La douleur abdominale s'est un peu déplacée ; elle siége un peu plus bas et un peu plus à gauche qu'hier, mais elle n'est venue se placer ainsi qu'après s'être portée pour quelques instans à l'épigastre. Ce qui est plus remarquable, et peu facile à expliquer, c'est qu'elle s'exaspère à présent dans l'inspiration, et non dans l'expiration.

10 octobre. Il n'y a plus d'autre douleur que celle de l'hypochondre.

14 octobre. La douleur hypochondriaque, après avoir graduellement diminué les jours précédens, ne se fait plus sentir que dans une forte inspiration.

19 octobre. La douleur hypochondriaque a repris plus d'intensité pendant la nuit.

20 octobre. Réapparition des douleurs au côté gauche du thorax et à l'épaule correspondante.

28 octobre. Les douleurs, après des variations de

siége et d'intensité, qui n'ont eu aucune relation évidente avec les variations météorologiques soigneusement observées et notées chaque jour par M. Chomel, ont enfin complètement cessé. Eruption boutonneuse (1) aux lèvres, après un léger mouvement fébrile.

30 octobre. Le malade sort, n'ayant plus éprouvé aucune douleur depuis l'éruption prolabiale.

S'il est un cas où l'on ne puisse révoquer en doute la nature rhumatismale des douleurs dont le siége est rapporté par le sentiment du malade aux parois abdominales, certes c'est bien le fait que l'on vient de lire. Toutes les preuves positives et négatives sont là réunies. Des douleurs évidemment rhumatismales ont parcouru précédemment avec une remarquable mobilité les membres, les lombes, les épaules, la nuque, la tête, les parois thoraciques : ces douleurs existent même encore dans quelques-unes de ces parties, alors que les douleurs pré-abdominales paraissent : celles-ci, pendant un instant, ne sont même pas séparées des douleurs pleurodyniques, avec lesquelles elles se confondent comme par une véritable continuité de siége : elles vont d'un point à un autre des parois abdominales, disparaissent tout-à-fait, puis reviennent ; elles sont moins exaspérées par la pression que par les mouvemens qui exigent la contraction des muscles abdominaux ; en outre, il n'y a point de trouble dans les fonctions des organes digestifs. Que voudrait-on de

(1) *Olophlyctis prolabialis* d'Alibert : *Herpes labialis* de M. Rayer, et d'autres auteurs de nosologie cutanée.

plus pour écarter toute autre idée que celle d'un rhumatisme pré-abdominal ? Or, si l'on est ainsi forcé d'admettre avec certitude l'existence de ce rhumatisme dans certains cas, ne sera-t-on pas fondé à la soupçonner, à l'admettre même comme probable, dans d'autres cas où la foule des praticiens n'a pensé jusqu'à ce jour qu'à des affections des organes intra-abdominaux ?

Averti par l'exemple précédent presque dès les premiers pas dans la carrière médicale, M. Chomel a depuis rencontré, tant dans les hôpitaux que dans sa pratique civile, plusieurs cas dans lesquels il eût été facile de prendre la maladie pour une péritonite, tant les apparences étaient propres à faire illusion ! Voici, en effet quels symptômes s'offraient les premiers à l'observation au moment où l'on abordait les malades. Le ventre était devenu tellement sensible que les genoux demeuraient levés pour empêcher les couvertures de peser sur lui ; le pression la plus modérée y excitait d'intolérables douleurs, et souvent la face se grippait. Et cependant, à côté de ces signes alarmans, point ou peu de trouble dans le pouls, point de chaleur fébrile, point de nausées ni de vomissemens ; les boissons et les alimens passaient commme de coutume ; enfin, la percussion de l'abdomen obtenait partout un son légitime et normal. Il n'y avait donc pas péritonite, mais rhumatisme des parois abdominales.

Nous empruntons au travail, plus haut cité, de M. le docteur Genest, l'observation détaillée d'un cas pareil, où pour un observateur superficiel la mé-

prise eut été possible, mais dont la véritable nature ne saurait guère être douteuse pour quiconque réfléchira sur les circonstances caractéristiques, que nous avons soin d'ailleurs d'indiquer par des majuscules.

Observation. — Chagrin, fatigue, suppression des règles. Douleurs dans les lombes, et puis dans tout le corps. Enfin douleurs bornées aux parois antérieures et latérales de l'abdomen : elles occupent même les parties molles qui recouvrent les fausses côtes, elles se déplacent, elles s'étendent à la partie antérieure de la poitrine, elles reviennent après avoir disparu. Guérison complète au bout d'un mois.

« La nommée Robinet, âgée de 26 ans, domes-
» tique, habitant Paris depuis six mois, était or-
» dinairement bien réglée et bien portante. Le 28
» novembre 1828, ayant depuis plusieurs jours
» ses règles qui étaient sur le point de cesser, elle
» apprend qu'un de ses frères, auquel elle était très
» attachée, est très malade à quelques lieues de
» Paris. Elle s'y rend à pied, le trouve mort, et
» revient très fatiguée. Ses règles s'arrêtent tout-
» à-coup, et aussitôt elle est prise de douleurs dans
» les reins qui s'étendent bientôt à presque tout le
» corps avec une fièvre assez prononcée. Le len-
» demain, douleurs violentes, mais à peu près
» bornées au ventre. Les jours suivans, ces dou-
» leurs augmentèrent encore ; la fièvre persista,
» quoique peut-être moins forte qu'au début ; il n'y
» eut pas de selles, l'émission des urines devint
» rare et difficile. La malade ne subit aucun trai-
» tement autre que le repos et des boissons émol-
» lientes, jusqu'à son entrée dans l'hôpital (3 dé-
» cembre), c'est-à-dire jusqu'au septième jour à

» dater de l'invasion. Là, elle offrit l'état suivant.

» Le 4, figure animée, très rouge, exprimant » une vive souffrance, mais sans décomposition » des traits; peau chaude, sans sécheresse; pouls » fréquent, assez développé; langue sans rougeur, » large, blanchâtre; bouche amère; absence de » vomissemens, d'envies de vomir, et des selles; » soif très vive; émission des urines rare et dou- » loureuse; l'abdomen souple, sans tension, est » le siége de douleurs *spontanées* très aigues, aug- » mentant beaucoup par la pression la plus légère. » Ces douleurs occupent tout l'abdomen, et sont » également vives partout. On reconnaît par la » pression qu'elles occupent aussi LES PARTIES » MOLLES QUI RECOUVRENT LES FAUSSES CÔTES DES » DEUX CÔTÉS. Elles sont continues, et cependant » offrent de temps en temps de très forts pa- » roxysmes sous forme d'*élancemens*, mais non de » *coliques* (1). Il y a beaucoup de dyspnée, et de » l'agitation. La veille, au soir, l'élève de garde » avait fait appliquer, sur l'abdomen, des sangsues » qui n'avaient produit aucune diminution dans les » douleurs. (Prescript.: 40 *sangsues sur l'abdo-* » *men; bain de siége; ensuite cataplasme, bour-* » *rache nitrée.)*

» 5 déc. Le facies est bon, calme; le pouls vif, » peu fréquent; la peau sans chaleur ni sécheresse

(1) J'avoue ne pas bien comprendre ici quelle différence le docteur Genest veut indiquer par l'opposition des termes *élancement* et *colique*. Ce dernier terme, en effet, me semble consacré par l'usage à désigner toute espèce de douleur qui siége dans l'abdomen.

» remarquable ; les douleurs de l'abdomen sont
» beaucoup diminuées ; elles se font cependant
» sentir encore assez fortes dans la région cœcale,
» mais elles SE DÉPLACENT rapidement et passent
» d'un côté du ventre à l'autre. La pression conti-
» nue à être douloureuse, et même sur toute LA
» PARTIE ANTÉRIEURE DE LA POITRINE ; l'émission des
» urines est plus facile et plus abondante. (*Pédil.*
» *sinap.; guimauve, 2 pots; lait, 4 tasses.*)

» 6 déc. La malade a pris un bain de pieds trop
» chaud, et a été reprise, à la suite, de très vives
» douleurs. La moindre pression sur l'abdomen est
» très douloureuse. Les parois abdominales ne sont
» pas tendues, mais offrent une certaine résistance
» produite par la contracture des muscles. Le pouls
» est normal, la peau chaude et sans sécheresse. Il
» n'y a point encore eu de garde-robe. (*Saignée de*
» 2 *palettes*; *bain*; *cataplasme.*)

» 7 déc. La malade est mieux : il n'y a plus de
» contracture des muscles des parois abdominales,
» mais les douleurs sont encore vives; point de
» selles. (2 *lavemens ; bain de siége ; cataplasme.*)

» Après l'effet des lavemens, la malade se trouva
» mieux. Les deux jours suivans, le bien-être con-
» tinue : mais, le 12, les douleurs reviennent très
» vives, et sont bornées à l'abdomen ; il n'y avait
» point eu de selles depuis quatre jours; on pres-
» crit une demi-once d'huile de ricin, qui ne pro-
» duit pas d'effet, et les douleurs persistent jus-
» qu'au 15. Alors une once et demie d'huile de
» ricin détermine d'abondantes évacuations qui
» sont suivies d'une rémission complète et durable

» des douleurs. La malade sort le 28 janvier par-
» faitement rétablie. »

M. Genest dit *(loc. citato)* avoir observé, chez onze autres sujets, des cas semblables de rhumatisme pré-abdominal simulant une péritonite aiguë, et ces onze sujets étaient encore des femmes. Notre IVe observation met hors de doute que le sexe masculin ne puisse aussi être atteint de même manière. Toutefois, c'est le plus souvent chez des femmes que M. Chomel a rencontré les faits de cette espèce. Jusqu'à plus ample informé, il paraîtrait donc présumable que le sexe féminin constitue une sorte de prédisposition à produire le rhumatisme pré-abdominal, ou du moins à l'élever à un degré remarquable d'intensité. Et même cette présomption se changerait en certitude, si l'on doit admettre, comme l'a fait le docteur Genest *(Gaz. médicale,* 1832, (page 761), que l'état puerpéral est une cause ordinaire de cette affection, et qu'il faut regarder comme rhumatismes pré-abdominaux beaucoup de péritonites prétendues qui, survenant après l'accouchement, et inspirant d'abord les plus vives alarmes, n'acquièrent pas le degré de malignité qu'on redoutait, et semblent avoir été arrêtées dans leur marche et comme jugulées par les heureux efforts du médecin. Ce point n'a pas été touché du tout par M. Chomel dans les leçons dont j'ai recueilli avec une scrupuleuse exactitude toute la substance, et qui constituent le fonds et l'essence de cet ouvrage. Mais je ne puis m'empêcher de déclarer ici, en mon propre nom et sous ma seule responsabilité, que je partage

l'avis de M. Genest. Si j'ai le désavantage de ne venir qu'après lui reconnaître le fait, je veux en revanche me donner un mérite, bien petit, il est vrai, celui de proposer une explication qui en rende raison.

Cette explication consiste dans un rapprochement qui me paraît si naturel et si obvie, que je suis presque étonné qu'aucun auteur, que je sache, ne l'ait signalé avant moi, et n'ait indiqué, sinon affirmativement, du moins conjecturalement par voie d'analogie, le rhumatisme des muscles abdominaux comme suite possible du travail de l'enfantement. En effet, l'exercice forcé d'un muscle est, pour ce muscle, une cause ordinaire de rhumatisme : de la fatigue à la douleur rhumatismale il n'y a qu'un pas, ou plutôt il n'y a qu'une transition imperceptible : et la fatigue suit toujours les contractions musculaires trop énergiques, ou trop long-temps soutenues et répétées sans un intervalle convenable de relâchement et de repos. Or, n'y a-t-il pas, dans l'accouchement, des efforts inaccoutumés et excessifs de la part des muscles des parois abdominales pour aider et mener à fin l'action expultrice de l'utérus ?

Je pense, avec M. Genest, qu'il faut rapporter au rhumatisme pré-abdominal puerpéral les faits que le docteur Gooch de Londres a signalés comme des cas *d'affection nerveuse du péritoine*. Voici un de ces cas, tel qu'il est raconté par le médecin anglais.

Observation. — Femme nouvellement accouchée. Vive douleur de l'abdomen, avec fièvre. Saignée, sans amélioration. Cataplasmes émolliens, et laudanum à l'intérieur : amélioration immédiate. Le lendemain, disparition complète de la douleur et de la fièvre. Pas de rechûte.

« Je fus demandé un jour, » dit le docteur Gooch, » » pour aller voir hors de Londres la femme d'un » médecin, accouchée depuis peu de temps, et que » l'on me dit être affectée d'une péritonite très grave. » Outre son mari, elle avait encore deux autres » médecins. Voici les détails que je recueillis à mon » arrivée. Cette dame, dans son état de santé ordi- » naire, était sujette à des attaques de nerfs (hys- » térie, ou peut-être même épilepsie). Depuis qua- » tre jours, elle était alitée, et il y avait plus de » vingt-quatre heures qu'elle était dans l'état où je » l'observai. Elle éprouvait sur toute la surface de » l'abdomen une douleur permanente, et si vive, » qu'elle ne pouvait même se tourner dans son lit. » Elle n'avait eu ni frissons, ni tremblemens ; son » pouls était fréquent (116). L'un des deux méde- » cins, qui l'avait vue à quatre heures du matin, lui » avait tiré du bras deux palettes de sang : mais, » quoique la saignée eût coulé par un large jet, la » surface du caillot était lisse et rouge, et la ma- » lade n'avait obtenu aucune amélioration. Je fis » couvrir alors tout l'abdomen avec un large cata- » plasme de mie de pain et d'eau. Je fis prendre aus- » sitôt, en même temps, vingt gouttes de lauda- » num (1). On devait renouveler le cataplasme » assez souvent pour entretenir une douce chaleur,

(1) De Sydenham, sans doute.

» et continuer l'usage du laudanum à la dose de dix » gouttes de quatre heures en quatre heures. La » malade ne devait prendre qu'un gruau chaud et » très clair. Je déjeunai dans la maison ; et, avant » de partir, je revis la malade, et trouvai le ventre » moins douloureux, la peau moite, et le pouls » descendu à 100. Le jour suivant, le mari m'écri- » vit que la douleur et la sensibilité de l'abdomen » avaient tout-à-fait disparu, et que le pouls était » descendu à 90. La malade cessa dès-lors l'usage » des opiacés, mais continua les fomentations, prit » un léger apéritif, et guérit complétement sans au- » cune rechute. »

Le même auteur a observé un grand nombre de faits semblables, et dont quelques-uns même se terminèrent par la mort, et n'offrirent, à l'autopsie, aucune trace de péritonite. Voici, brièvement, un de ces derniers cas.

Observation.—Accouchement heureux, mais suivi de vives tranchées. Le 3e jour, rhumatisme pré-abdominal. Saignée jusqu'à la syncope. Nul soulagement. État pire. Mort. *Autopsie* : nulle lésion dans le péritoine.

« Le sujet était une femme délicate et hystérique, » qui accoucha heureusement de son huitième en- » fant. Les douleurs consécutives furent vives, et » durèrent long-temps ; mais, le soir du second jour, » son état n'offrait rien d'inquiétant : le pouls était » au-dessous de 80. Le troisième jour, à quatre » heures du matin, elle fut prise de vives douleurs, » avec sensibilité par tout l'abdomen, et de vomis- » semens. Le pouls était fréquent, mais petit et fai- » ble ; la chaleur modérée. Le médecin, appelé sur

» le champ, la saigna jusqu'à la syncope. Il lui
» donna ensuite cinq grains de calomel, et, peu de
» temps après, une dose de sel et de séné, qui fut
» vomie. Deux heures après la première saignée,
» la douleur n'ayant pas diminué, il lui en prati-
» qua encore une jusqu'à la syncope, appliqua
» douze sangsues sur l'abdomen, et donna une pi-
» lule contenant trois grains d'opium. Lorsque
» Gooch arriva près d'elle, le facies était décom-
» posé, la peau froide et gluante; le pouls petit,
» filiforme, ne pouvait être compté. Il enleva aus-
» sitôt les sangsues, chercha à la raviver par
» la chaleur et des cordiaux; mais elle mourut
» trente heures après le commencement des dou-
» leurs. A l'autopsie du cadavre, le péritoine fut
» trouvé sain et pâle; il contenait de une à deux
» onces de sérosité transparente; tous les organes
» abdominaux étaient sains, mais pâles; l'utérus
» était contracté au point où il devait l'être. »

(Genest, d'après Gooch, *Gaz. méd.*, 1832, p. 761.)

A quoi était due la mort, en pareil cas, dans l'absence de toute lésion appréciable? Émettrais-je une conjecture trop hasardée, en accusant l'emploi inopportun et abusif des émissions sanguines que l'on croyait, sans doute, bien et dûment indiquées, et parfaitement légitimées par l'existence prétendue d'une inflammation aussi redoutable que la péritonite? La saignée poussée à l'excès (et cet excès est relatif à la constitution de chaque individu) peut amener la mort par épuisement, ainsi que toute hé-

morragie le fait, sans que cet épuisement puisse être constaté, à l'autopsie, par des caractères incontestables. Qui sait, en effet, quelle est au juste la quantité de sang au dessous de laquelle la vie de tel ou tel individu n'est plus possible? Comment, d'ailleurs, connaître ce qui reste de sang dans un cadavre? Et certes, cependant, personne ne niera qu'il y ait des limites au-delà desquelles la saignée doit être non seulement nuisible à la marche actuelle ou future de la maladie, mais immédiatement meurtrière dans toute la force du terme.

Au surplus, je livre toutes ces conjectures sur le rhumatisme pré-abdominal puerpéral à l'appréciation des praticiens que leur position particulière met à même d'observer un grand nombre de femmes en couches.

Les considérations générales et les observations particulières que nous venons de présenter pour constater l'existence et l'importance du rhumatisme pré-abdominal, ont déjà, sans doute, presque suffisamment fait connaître les symptômes et la marche de cette maladie. Mais, sur un point de pathologie jusqu'à présent si négligé, nous ne craignons pas d'être accusés de répétition et de prolixité en récapitulant en quelques mots, et, pour ainsi dire, d'un seul et même coup d'œil, les signes propres qui doivent servir à bien asseoir le diagnostic.

Et d'abord, le principal signe à noter, signe quasi-pathognomonique, c'est que la pression abdominale, toute douloureuse qu'elle est, n'est pas néanmoins ce qui exaspère le plus la dou-

leur : l'exaspération est plus vive et plus cruelle par les mouvemens que le malade essaie de faire pour se retourner dans son lit ou pour se mettre sur son séant ; et cela se conçoit aisément, puisque de tels mouvemens exigent la contraction des muscles affectés. D'où il n'est pas moins facile de comprendre que les malades doivent forcément demeurer en décubitus sur le dos, empêchés qu'ils sont de se remuer, vu la subite exaspération de la douleur à leurs moindres tentatives. Lorsque la douleur est due à une gastrite, à une entérite ou à une péritonite, elle s'exaspère autant, et peut-être beaucoup plus encore, par la pression, que par les mouvemens auxquels participent activement les muscles des parois abdominales.

Au surplus, ce n'est guère avec la gastrite ou l'entérite qu'on peut confondre le rhumatisme pré-abdominal ; car la douleur qui accompagne les inflammations, soit de l'estomac, soit de l'intestin grêle ou du gros intestin, est plus circonscrite, plus localisée, moins diffuse. Et puis, il y a dans le premier cas trouble notable des fonctions gastriques, soit depuis long-temps, soit actuellement ; dans le second cas, il y a aussi des signes qui ne peuvent manquer du côté des dernières voies. Or, ni l'un ni l'autre ordre de phénomènes ne vient d'ordinaire compliquer le rhumatisme en question.

C'est surtout avec la péritonite, comme nous l'avons déjà dit, que la confusion est possible. La présence ou l'absence de la fièvre et des vomissemens, voilà encore, après la considération du mode suivant lequel la douleur s'exaspère le plus vivement,

une autre source importante du diagnostic. Fièvre et vomissemens dans la péritonite, apyrexie et nul vomissement dans le rhumatisme pré-abdominal : telle est la règle. Mais quelle règle n'a pas ses exceptions? Si dans un cas de rhumatisme pré-abdominal il y avait, chose possible, développement d'appareil fébrile et coïncidence de vomissemens, le diagnostic deviendrait très embarrassant. Autre signe essentiel : c'est que dans le rhumatisme pré-abdominal, la face ne reste pas constamment grippée comme dans la péritonite; elle ne s'altère qu'au moment où la souffrance s'éveille et s'exaspère, soit par la pression, soit par quelque autre circonstance. Il y a bien des péritonites partielles qui sont apyrétiques, et ne causent que peu ou point d'altération dans les traits de la physionomie; mais, dans ces péritonites, la douleur est circonscrite et toute locale; dans le rhumatisme dont nous traitons ici, elle est diffuse et répandue dans toute l'étendue des parois antéro-latérales du ventre. Il n'y aurait donc de méprise possible que dans le cas d'une péritonite bornée à ces mêmes parois, forme très rare, que M. Chomel n'a encore observée qu'une seule fois dans le cours de sa pratique, et qui, d'ailleurs, ne saurait exister sans un certain degré de fièvre.

Le rhumatisme pré-abdominal est bien plus rebelle que le torticolis et la pleurodynie. Puis, dans plusieurs cas que M. Chomel a eu l'occasion d'observer, il y a eu des phénomènes consécutifs qui lui ont fait craindre qu'une péritonite secondaire ne se fût développée, comme la pleurésie succède quelquefois à la pleurodynie. Il a raconté dans

ses leçons le cas suivant, tiré de sa pratique particulière, comme un des plus propres à établir la possibilité de cette dégénération du rhumatisme abdominal sur-aigu en une péritonite.

V[e] OBSERVATION (1).

Rhumatisme abdominal sur-aigu? Péritonite consécutive? Guérison. Douleurs intra-abdominales réveillées par le mouvement, imputables à des adhérences péritonéales.

Une dame éprouva pendant dix-huit jours les seuls symptômes du rhumatisme abdominal sur-aigu : douleurs excessivement vives dans toute l'étendue des parois antérieures et latérales de l'abdomen, s'exaspérant par le plus léger contact et par les moindres mouvemens ; pourtant, point de fièvre, point de météorisme, point de vomissemens, ni d'envies de vomir ; il y a plus, l'appétit et les facultés digestives persistaient à peu près à l'état normal. Enfin au bout de ces dix-huit jours, malgré la diminution des douleurs, le développement d'une fièvre peu intense, mais continue, l'anorexie, le dérangement des digestions, et les vomituritions parurent indiquer une inflammation sourde et lente du péritoine. Enfin tous ces signes d'inflammation se dissipèrent, mais en laissant après eux une cruelle infirmité ; car pendant une dixaine d'années la malade ne put ni se livrer à une marche tant soit peu rapide, ni même supporter les oscillations de la voiture la plus mollement suspendue, sans éprouver bientôt, et quelquefois

(1) Recueillie par M. Chomel.

même sur le champ, de très vifs élancemens dans l'intérieur du ventre; elle ne pouvait alors se rendre de Paris à Passy en carrosse; comme on lui avait conseillé l'usage des eaux d'Enghien à la source même, elle ne pouvait se rendre à ces bains qu'en se faisant porter sur les bras d'hommes qui se relayaient; aussi n'y allait-elle que la nuit. Actuellement, elle en est venue à supporter la voiture une heure ou deux, mais pas davantage: dans le milieu de la journée, pour mettre fin à certains tiraillemens abdominaux, elle est obligée de se déshabiller, et de se reposer horizontalement.

M. Chomel attribue les douleurs opiniâtres de cette dame à des adhérences péritonéales, suite de la phlegmasie séreuse. Mais dans ce cas, comme dans tous les autres cas analogues où il a conçu le même soupçon, les autopsies seules pourraient changer la probabilité en certitude; et il n'y en a pas eu.

Eu égard à la ténacité intrinsèque du rhumatisme pré-abdominal, ou plutôt à cette adjonction consécutive d'une inflammation péritonéale, il faut dès le début employer un traitement énergique, sans jamais cependant porter l'énergie au-delà d'une sage prudence.

Des applications répétées de sangsues ne triomphent pas toujours du mal. Il y a tel cas où M. Chomel a réitéré les saignées locales un grand nombre de fois, avec force bains, force émolliens, force narcotiques pour auxiliaires, et où néanmoins il n'a pu prévenir

la chronicité de l'affection. Heureusement une résistance pareille semble être un cas d'exception. Nous avons vu quelquefois réussir les saignées locales et les vésicatoires ; mais il faut se hâter d'agir. Il ne faut pas laisser au rhumatisme le temps de s'acclimater et de prendre, pour ainsi dire, droit de bourgeoisie dans les muscles abdominaux. Tâchez de le déraciner dans le principe : attaquez-le tout d'abord par des moyens énergiques, et prévenez par là, autant qu'il est en notre art de le faire, ces péritonites secondaires, source d'adhérences incurables, telles qu'elles existent, sans doute, chez cette malheureuse dame, réduite ainsi à l'impossibilité de retourner dans son pays. Prodiguez donc les sangsues jusqu'à ce qu'il n'y ait pas d'indication formellement contraire : opérez de maintes façons la révulsion sur la peau : faites un large usage des bains, en y laissant vos malades plongés pendant quatre, cinq, six, et même huit heures, au besoin.

SECTION VI.

RHUMATISME DES MUSCLES DE LA RÉGION LOMBAIRE, OU LUMBAGO MUSCULAIRE.

Lumbago est un mot d'antique latinité, dérivé de *lumbi* (lombes, reins), et qui, suivant le grammairien Festus Pompeius, signifiait faiblesse de reins, courbature ou douleur des lombes. Ce mot avait encore conservé toute l'étendue et tout le vague de sa signification originelle dans les écrits latins des médecins des dix-septième et dix-huitième siècles. Daniel Sennert, par exemple, en traitant du scorbut, mentionne parmi les symptômes de cette affection le lumbago ou douleur lombaire, mais comme un mal qui se manifeste pareillement avant l'éruption de la variole et de la rougeole, avant les règles et après leur suppression, après la rétrocession du flux hémorrhoïdal, etc. (SENNERT. *Medic. practic.* lib. III, part. V, sect. II, cap. 4.) Sauvages, dans sa nosologie, posant le lumbago comme un genre de la classe des *Douleurs*, le définit une douleur lombaire qui empêche le redressement du corps, et il en distingue treize espèces, savoir: 1° L. rhumatique; 2° L. arthritique; 3° L. pléthorique (après la suppression des règles, du flux hémorrhoïdal, etc.); 4° L. fébrile (prodrome d'un grand nombre de maladies); 5° L. scorbutique; 6° L. psoadique (psoïtis d'aujourd'hui, déja mentionné ailleurs par nous); 7° L. dans l'accouchement; 8° L. par *saburre*; 9° L. miliaire (prodrome de la fièvre miliaire); 10° L. par effort;

11° L. par anévrisme (anévrisme de l'aorte abdominale); 12° L. apostémateux (dû à un abcès de la région lombaire); 13° L. sympathique (par suite de quelque lésion des organes intra-abdominaux). Une telle énumération de toutes les douleurs lombaires de diverse nature peut être utile sous le point de vue du diagnostic, et nous y reviendrons tout-à-l'heure dans ce but : mais, en nosologie, confondre ainsi et placer sur une même ligne les phénomènes purement symptomatiques et les affections idiopathiques comme espèces congénères, c'est violer les principes qui doivent présider à la classification naturelle et philosophique des maladies. Aussi, depuis environ un demi-siècle, les médecins français, en recevant et naturalisant, pour ainsi dire, dans la langue nationale ce nom de lumbago, qui n'a pourtant pas encore dépouillé son orthographe toute latine, l'ont restreint à désigner le rhumatisme de la région lombaire: c'est le sens actuellement consacré, soit par l'usage, soit par les plus récens dictionnaires et vocabulaires de médecine.

Mais, dans la région lombaire, le rhumatisme peut attaquer ou les muscles ou les articulations. De là, nécessité de distinguer le lumbago musculaire, et le lumbago articulaire. Le premier, qui doit faire le sujet spécial de cette section de notre ouvrage, est sans contredit incomparablement le plus fréquent. Le second est ce *lumbago arthritica* de Sauvages, « espèce qui tourmente les gout- » teux.... qui siége dans les ligamens et le périoste » des vertèbres. . . s'exaspère par la pression. . . » affecte souvent l'os sacrum.... » (*Nosolog. mé-*

thod. Class. VII. Genr. XXX espèce 2ème.) Mais, au surplus, si rare que soit le lumbago articulaire, ce n'est pourtant pas seulement sur la seule autorité de nos devanciers que nous en reconnaissons l'existence, mais aussi d'après des observations qui nous sont propres. Dans la collection des observations que M. Chomel a recueillies à l'hôpital de la Charité, parmi celles qui sont relatives au lumbago, il y en a une qui signale la douleur comme étant beaucoup plus vive sur les apophyses épineuses que sur les masses musculaires latérales, et une autre dans laquelle le siége de la douleur est constaté sur la ligne médiane au niveau du sacrum. Comme ces deux observations n'offrent pas d'autre circonstance digne d'intérêt, nous n'avons pas jugé à propos de les reproduire ici en détail. Au mois de mars dernier, j'ai aussi moi-même observé le lumbago articulaire chez un de mes malades sujet à la goutte. C'était la première fois que ce malade était pris de cette façon : il éprouvait à la région lombaire une douleur très vive et très aiguë, qui l'obligeait à tenir son corps dans une position courbée qu'il ne pouvait ni courber davantage ni redresser ; la pression la plus forte ne développait aucune douleur dans les masses musculaires ; au contraire, il suffisait d'une pression assez légère sur les apophyses épineuses des 2me, 3me, et 4me vertèbres lombaires pour causer une souffrance intolérable. Mais en voilà assez, et trop peut-être ici, pour le lumbago articulaire, dont nous n'avons dû parler que par occasion et en passant. Venons enfin au lumbago musculaire.

Le lumbago musculaire reconnaît assez ordinairement pour causes spéciales soit un exercice inaccoutumé des muscles sacro-lombaires et longs dorsaux, comme dans l'équitation, ou un effort instantané et violent de ces muscles pour soulever un fardeau, pour prévenir une chute, etc., soit l'impression du froid humide, comme, par exemple, chez les personnes qui se sont livrées au sommeil sur la dure ou bien sur un gazon mouillé. C'est probablement même à raison de cette dernière circonstance que plusieurs auteurs ont eu à signaler le développement primitif du lumbago comme plus fréquent en été qu'en hiver. On a cité maints exemples de personnes qui s'étant imprudemment endormies sur l'herbe humide, séduites qu'elles étaient par le charme du frais, n'ont pu à leur réveil se relever parce qu'un lumbago aigu s'était développé pendant un sommeil de quelques heures.

Le lumbago musculaire se caractérise par une douleur plus ou moins vive dans les masses charnues de la région lombaire, soit de l'un ou de l'autre côté à la fois, soit exclusivement d'un seul côté. Cette douleur augmente par la flexion ou l'extension du tronc; elle s'exaspère encore bien davantage, si le malade veut soulever ou tirer à soi quelque objet d'un certain poids. Elle est comparée, par l'un, à l'action térébrante d'une vrille ou d'un vilebrequin ; par l'autre, aux souffrances déchirantes d'une morsure ; par tel autre, à une décharge électrique. Ces comparaisons que les malades puisent plutôt dans leur imagination que dans l'impression même qu'ils ressentent, il ne faut, sans

doute, les accueillir qu'avec réserve, mais il est bon d'en tenir compte : elles donnent idée, sinon de la nature de la douleur, du moins de son intensité.

Si le lumbago est médiocre, le malade peut encore marcher, mais il marche, pour ainsi dire, tout d'une pièce sans pouvoir baisser ni contourner le torse. Si le lumbago est très intense, le malade est non seulement obligé de garder le lit, mais il ne peut même s'y remuer ni changer de position, à moins que d'autres ne l'aident.

Le lumbago musculaire est, en général, très opiniâtre. Les saignées locales, qui ont tant de pouvoir pour guérir de rhumatisme les couches musculaires superficielles, n'ont pas, à beaucoup près, la même énergie d'action curative sur les couches musculaires profondes. Cette remarque est d'ailleurs (soit dit en passant) également applicable aux rhumatismes articulaires. Tandis que les petites articulations, presque immédiatement sous-jacentes à la peau, se guérissent assez promptement par les sangsues et les ventouses, une grande articulation (comme, par exemple, celle de la hanche), profondément cachée sous des masses charnues, oppose aux mêmes moyens une résistance opiniâtre. Ainsi donc, en manifestation particulière de cette loi générale, le lumbago a d'ordinaire une longue durée. Quelquefois même il persiste, on pourrait dire, indéfiniment : tantôt alors, il est permanent, mais en ne se faisant sentir que dans les grands mouvemens ; tantôt il est intermittent, et laisse au patient dix, quinze, vingt jours, et même plus, de complète relâche.

Le pronostic du lumbago musculaire a donc quelque chose de sérieux : d'abord, parce qu'il y a chance de prolongation, et que le malade peut être fort long-temps dans son lit ; ensuite, parce qu'on doit presque inévitablement s'attendre à des récidives. Le lumbago est bien plus sujet à revenir que le torticolis, la pleurodynie, etc.

Le diagnostic a des méprises à éviter. Il y a, en effet, comme nous l'avons déjà vu au commencement de cette section, beaucoup de maladies qui produisent des douleurs lombaires. Les fièvres exanthématiques, et spécialement la variole dans la période d'invasion, offrent véritablement une apparence de lumbago ; mais observez bien qu'en pareil cas la souffrance n'est que peu ou point augmentée par l'extension et la flexion de la colonne vertébrale. Il en est de même dans la péritonite, dans les maladies des reins, du rectum ou de l'utérus, dans le cas d'anévrisme de l'aorte abdominale. Ce n'est, tout au plus, que dans les affections organiques des reins que les mouvemens du tronc produisent une augmentation assez notable de la douleur, mais jamais avec le même degré de vivacité que dans le lumbago vrai. Puis, dans tous ces cas, le praticien découvrira des signes différentiels encore plus positifs par l'investigation attentive des symptômes concomitans. Et, pour ne pas tout épuiser, prenons seulement pour exemple, d'entre tous ces cas, ceux où il peut y avoir le plus de difficulté, savoir : les maladies rénales, et l'anévrisme aortique. Dans les maladies rénales, outre les douleurs lombaires, il y a presque constamment envie de vomir, altération

des urines, et quelquefois, de plus, douleur suivant le trajet des uretères, rétraction du testicule et engourdissement de la cuisse. Dans l'anévrisme de l'aorte abdominale, la douleur est pulsative, toujours fixée au même point, jamais très aiguë, mais opiniâtre et permanente, sans intermittence aucune, et même sans variation notable d'intensité. Or, ces deux dernières circonstances sont, sinon impossibles, du moins bien rares, en cas de rhumatisme. Cependant, il faut l'avouer, tant que les battemens anévrismatiques, isochrones au pouls, ne sont pas nettement perceptibles, il ne peut y avoir qu'un simple soupçon, mais non pas une certitude; et plus d'une fois encore un anévrisme de l'aorte abdominale simulera un lumbago, jusqu'à ce que sa rupture produise la mort subite, comme dans le fait rapporté par Morgagni, Epist. XL, art. 26-30.

Dans certaines maladies de la moëlle épinière et de ses enveloppes, il y a bien aussi exaspération de la douleur par les mouvemens; mais, en ce cas-là même, l'altération de sensibilité ou de contractilité dont les membres inférieurs sont le siége, et quelquefois la déviation du rachis, ne permettent pas de se méprendre. Dans le scorbut, la douleur des lombes s'exaspère aussi par la prolongation de la station, par la flexion et l'extension du tronc; mais ce symptôme équivoque ne vient, d'ordinaire, qu'après les symptômes propres et pathognomoniques de la maladie. Dans le *lumbago psoadica* de Sauvages (psoïtis), il y a souvent, sans doute, douleur dans les lombes, et douleur très vive : mais le

signe pathognomonique, c'est qu'à raison de la douleur propre du muscle grand psoas, le malade tient la cuisse dans un état immobile de flexion, le genou en l'air, et le pied près de la fesse, et qu'il lui est impossible d'étendre le membre affecté, ni d'y faire exécuter un mouvement de rotation en dehors. Enfin, si un phlegmon profond de la région lombaire était d'abord pris pour un lumbago, méprise, on le sait, possible et naturelle, et que ce phlegmon vînt à se terminer en abcès (*lumbago apostematosa* de Sauvages), on devra être encore, la plupart du temps, détrompé, même avant la manifestation de la fluctuation, par les signes rationnels du travail suppuratoire.

Le lumbago musculaire laisse-t-il quelque lésion observable à la nécropsie? Remarquons d'abord qu'on ne peut avoir que de rares occasions de chercher sur le cadavre une réponse à cette question. On ne meurt certainement pas d'un lumbago; et, si une affection mortelle survient pendant la durée de ce rhumatisme, elle l'efface et l'éteint long-temps avant de porter le dernier coup à la vie.

Nos lecteurs s'étonneront peut-être de nous voir soulever ici cette question particulière, que nous avons déjà implicitement résolue par la négative, en ayant reconnu ailleurs, comme fait général, que l'existence du rhumatisme musculaire est indépendante d'une lésion anatomique appréciable. Mais c'est qu'on a souvent cité comme preuve du contraire une observation de Morgagni, qui, une seule fois, a pu faire l'autopsie, mais l'autopsie partielle et incomplète, d'un individu atteint, en apparence,

de lumbago chronique. L'anatomiste italien trouva dans les muscles lombaires une altération de couleur et de consistance. Citons donc textuellement son observation, afin de la bien apprécier.

Observation. — Douleurs lombaires chez un orfèvre. Puis, douleurs cervicales. Puis, paralysie du mouvement dans les membres inférieurs. Mort. —*Autopsie de la région lombaire extérieure.* Couleur et consistance insolites des fibres musculaires dans un certain espace.

« Un jeune orfèvre fut atteint, à la région lombaire droite, d'une vive douleur qui ne cédait à aucun remède. Il souffrait ainsi depuis un an, lorsque la région lombaire gauche devint également douloureuse. La région cervicale devint aussi le siége de douleurs qui paraissaient rhumatismales. Puis survint la paralysie du mouvement dans les membres inférieurs; puis une tympanite, puis enfin la mort vers la mi-avril de 1753.

» L'autopsie cadavérique ne fut permise que sur la région lombaire extérieure, qui avait été le siége de si opiniâtres souffrances. Après avoir enlevé la peau, puis le tissu cellulaire graisseux, qui se trouvait un peu infiltré, puis enfin cette large aponévrose d'où naît le muscle grand dorsal, et qui ne laissa voir ni à droite ni à gauche aucune sorte de lésion, on parvint donc à cette épaisse masse charnue qui sert de commune origine au sacro-lombaire et au long dorsal; et voilà que cette masse charnue offrit une couleur insolite, semblable à la couleur des vieux meubles de noyer, non pas pourtant dans toute son éten-

» due, mais seulement dans l'espace d'environ
» cinq travers de doigt, tant en longueur qu'en
» largeur. Cette altération de couleur n'était pas
» seulement superficielle, mais affectait aussi la
» profondeur de la masse commune au sacro-lom-
» baire et au long dorsal, et se remarquait même
» dans les muscles sous-jacens, savoir, le transver-
» saire épineux et le carré des lombes. Dans tout
» l'espace que nous venons d'indiquer, les fibres
» musculaires étaient excessivement lâches et mol-
» les, et séparées les unes des autres par de nom-
» breux grumeaux sanguins qui se trouvaient dis-
» séminés çà et là. Et toutes les lésions que nous si-
» gnalons étaient d'autant plus apparentes, que les
» muscles étaient plus près de l'épine. Mais, hors
» de l'espace indiqué, les muscles n'offraient rien
» d'anomal, ni dans leur couleur, ni en quoi que
» ce fût. Il y a plus : l'odeur n'était pas empirée là
» où siégeaient ces lésions, lesquelles, d'ailleurs,
» existaient de l'un et l'autre côté des lombes, mais
» plus légères à gauche qu'à droite. »

(Morgagni, Ep. LVII, art. 17.)

Doit-on rapporter sans hésitation une telle lésion à l'affection rhumatismale ? En vérité, ceux qui l'ont cru ainsi, et qui avaient lu l'observation originale, n'étaient pas doués d'un jugement bien sévère et bien solide, ou, certes, n'avaient lu qu'à la légère, et, pour ainsi dire, en courant. D'autres, ensuite, ont eu le tort de répéter un fait extraordinaire comme appuyé par l'imposante autorité de Morgagni, et cela sur la foi d'autrui, et sans véri-

fier par eux-mêmes le fait cité. Morgagni soupçonne lui-même (*Loc. cit.*, art. 18), pour expliquer la paralysie des membres inférieurs, qu'une lésion analogue à celle des muscles examinés siégeait dans les branches nerveuses d'où se forme le plexus crural. La douleur lombaire se liait, sans aucun doute, à la lésion trouvée, à cette altération de couleur et de consistance dans les muscles, à cet épanchement de sang entre leurs fibres. Mais nous nions que cette liaison qui allait en s'accroissant de dehors en dedans, qui n'a pu être poursuivie au-delà de la région lombaire extérieure, mais qui, d'après la conjecture même de l'observateur italien, s'étendait probablement jusqu'aux nerfs spinaux, nous nions, dis-je, que ce soit là une lésion propre au rhumatisme.

Quant au traitement du lumbago musculaire, ce sont, on le pense bien, toujours à peu près les mêmes moyens que pour les rhumatismes dont nous nous sommes précédemment occupés. Si le lumbago est léger, on se bornera à l'emploi des bains tièdes et des cataplasmes émolliens; ou bien on aura recours aux frictions sèches, aux embrocations d'huile opiacée, au repassage de la partie souffrante à l'aide d'un fer chaud, et avec l'interposition d'une pièce de linge ou de flanelle. Si le lumbago est intense, prescrivez, selon les indications particulières, les sangsues, les vésicatoires, les sels narcotiques; posez même, au besoin, les cautères et surtout les moxas; car c'est par la douleur que la douleur est vaincue et guérie. Dans le lumbago chronique, après l'emploi infructueux des moyens

précédens, les douches de vapeur simple ou sulfureuse ont souvent réussi.

S'agit-il des soins prophylactiques ? On a encore ici à choisir entre les vêtemens très chauds, et l'usage des bains froids ou des affusions froides. Nous ne répèterons pas ce que nous avons déjà dit à l'égard de ces deux sortes de moyens.

SECTION VII.

RHUMATISME MUSCULAIRE DES MEMBRES.

Ce rhumatisme se manifeste dans la continuité des membres, à l'encontre du rhumatisme articulaire, qui les envahit dans leur contiguité; car la portion rouge et charnue des muscles, laquelle portion est son siége propre, correspond presque toujours, comme on sait, au corps des os longs. Il est, ce nous semble, moins fréquent à l'état aigu, et sous une forme bien caractérisée, que les rhumatismes du tronc; les cas de rhumatisation isolée de tel ou tel muscle des membres se sont moins souvent présentés à notre observation que les cas de torticolis, de pleurodynie et de lumbago. Mais c'est peut-être le contraire quand la diathèse rhumatismale revêt le caractère de chronicité, et se manifeste sous la forme de douleurs vagues et mobiles. Quant à la fréquence relative du rhumatisme musculaire dans les diverses régions d'un même membre, l'observation journalière prouve que la portion la plus rapprochée du tronc est le plus ordinairement attaquée. Ainsi, par exemple, le deltoïde est plus souvent rhumatisé que les muscles de l'avant-bras, et ceux de la cuisse le sont plus souvent que ceux de la jambe.

Le rhumatisme musculaire des membres a, sans contredit, beaucoup d'analogie avec la pleurodynie, avec le lumbago et autres rhumatismes musculaires jusqu'ici mentionnés; mais il a un plus grand degré de mobilité, une plus grande variété de siége.

Le lumbago et la pleurodynie, par exemple, se fixent d'ordinaire, comme nous l'avons dit plus haut, dans un point déterminé, d'où le principe rhumatismal ne se déplace que rarement pour porter ailleurs la souffrance. Rien de plus commun, au contraire, que le déplacement du rhumatisme dans les membres. Le mal voyage et saute, pour ainsi dire, d'un membre à un autre, et, dans le même membre, de tel muscle à tel autre; hier c'était l'extension qui produisait la plus vive exaspération des souffrances, aujourd'hui c'est la flexion. Le rhumatisme musculaire des membres prélude ainsi à l'extrême mobilité que nous aurons bientôt à signaler dans le rhumatisme articulaire. Il n'a pas non plus de ces siéges d'élection qu'il envahisse presque toujours de préférence à tout autre point; il attaque assez indifféremment les divers muscles d'un même membre, et les diverses portions d'un même muscle; s'il y a quelque différence à noter à cet égard, c'est que les muscles de la région externe sont un peu plus fréquemment pris que ceux de la région interne.

Quant aux symptômes observés dans ce genre de rhumatisme, il n'y a rien de bien notable à dire, rien que nous n'ayons déjà dit à propos des autres rhumatismes musculaires. Comme dans ceux-ci, il y a une douleur plus ou moins vive, sans gonflement de la partie endolorie, sans rougeur à la peau. Cette douleur est toujours un peu exaspérée par la pression, à moins que le muscle rhumatisé ne soit profondément situé; elle s'exaspère encore davantage par les mouvemens du membre, et sur-

tout par ceux qui exigent la contraction du muscle malade. C'est même par cette dernière considération qu'un praticien versé en anatomie pourra presque toujours désigner au juste que c'est tel muscle qui se trouve rhumatisé, et non pas tel autre. Nous lui laissons donc à résoudre ces problèmes de détail ; il serait par trop fastidieux d'établir ici, dans une longue et interminable énumération, la symptomatologie rhumatismale de chaque muscle en particulier.

Le point le plus intéressant dans l'histoire du rhumatisme musculaire des membres, c'est le diagnostic différentiel. Nous rappellerons à peine qu'il y a, comme nous l'avons vu ailleurs, possibilité de confondre cette affection avec le phlegmon : une telle méprise sera toujours assez rare, parce que dans la grande majorité, ou, pour mieux dire, dans la presque totalité des cas de phlegmon, le gonflement visible des parties endolories, leur induration appréciable au toucher, leur évidente élévation de température, et la rougeur de la peau correspondante, ne permettront pas de méconnaître la nature de la maladie. Mais il y a d'autres affections dans lesquelles les membres deviennent le siége de douleurs plus ou moins vives, sans présenter rien d'anomal ni au toucher ni à la vue.

Il n'y a guère de maladie aiguë qui, à son début, ne produise des douleurs contusives dans tous les membres. Mais, si l'on rencontre ces douleurs ainsi subitement et également répandues par tout le corps, avec perte d'appétit, céphalalgie, fréquence du pouls, en un mot, avec un appareil

fébrile complet, qui est-ce qui ne reconnaîtra pas là les prodromes d'nne maladie, qu'on ne pourra qualifier et nommer qu'après la manifestation des symptômes caractéristiques? Qui est-ce qui s'avisera de porter un diagnostic trop hâtif, et de prononcer à la légère le nom de rhumatisme? Presque jamais la cause rhumatismale n'attaque ainsi tous les membres à la fois. Rien de plus commun, au contraire, qu'une courbature générale et un endolorissement de tous les muscles soient, pendant deux ou trois jours, les seuls prodromes de la variole, de la rougeole, de la pneumonie, de la péritonite, etc. Quelquefois même, en certaines affections, c'est dans les membres supérieurs, ou dans les inférieurs, que les douleurs sévissent principalement ou même exclusivement, selon que l'organe malade est situé au dessus ou au dessous de l'ombilic: ainsi, par exemple, les souffrances de l'estomac retentissent dans les bras; celles de l'utérus, dans les cuisses et les jambes. Donc, les douleurs qui occupent parallèlement les deux membres de même nom, sont le plus souvent encore sympathiques. Le rhumatisme n'existe ordinairement que dans un seul membre, ou bien se trouve beaucoup plus irrégulièrement disséminé.

Au reste, ce qui distingue essentiellement toutes ces douleurs sympathiques d'avec les douleurs idiopathiques du rhumatisme, c'est qu'elles obligent le patient à changer continuellement de place, dans la fausse espérance d'une position meilleure, qu'il ne trouvera pas, il est vrai, mais que du moins il peut chercher en se remuant à droite et à

gauche sans crainte de trop exaspérer par là sa souffrance : le rhumatisant, au contraire, qui sent son mal s'accroître par le mouvement, demeure, autant qu'il peut, dans une complète immobilité.

Les douleurs qui règnent dans tout le trajet d'un nerf, peuvent-elles être plus aisément confondues avec le rhumatisme? Personne ne le pensera. Sans doute, les névralgies brachiale, crurale, sciatique, etc., redoublent souvent d'intensité par suite d'une pression extérieure ou des contractions musculaires : mais ici le trajet même de la douleur dévoile la nature du mal ; le névralgique le plus étranger aux notions d'anatomie accuse d'abord et suit du doigt une ligne parfaitement correspondante à la direction du nerf malade, puis des irradiations douloureuses qui se répandent dans les branches de ce nerf. Enfin, tandis que, d'une part, la douleur rhumatismale est essentiellement obtuse, souvent nulle, dans le repos absolu du membre, la névralgie a, d'autre part, des paroxysmes irréguliers ou périodiques, qui se manifestent le plus souvent sans avoir été provoqués par la moindre tentative de mouvement, et qui provoquent souvent, au contraire, dans la région douloureuse, des mouvemens involontaires dégénérant à la longue en habitude. Il est bon, d'ailleurs, de remarquer que les névralgies rentrent quelquefois, quant à leur cause, dans la catégorie des affections rhumatismales : voir ci-dessus, par exemple, notre I[re] observation.

Certaines femmes sont sujettes à des douleurs qu'on peut convenablement nommer hystériques.

C'est le *Rheumatismus hystericus* de Sauvages, qui, dans son genre *Rheumatismus*, range une foule d'espèces non moins disparates et vraiment non moins hétérogènes entre elles que celles de son genre *Lumbago*. Ces douleurs qui sont ou du moins semblent avoir le même siége que le rhumatisme, se développent tout-à-coup, et sont souvent très aiguës, au point d'empêcher le mouvement et d'arracher des cris : puis elles cessent aussi brusquement qu'elles sont nées. L'instantanéité de leur apparition et de leur disparition suffirait déjà pour les caractériser et pour les différencier du rhumatisme, qui met quelque temps à se développer, à moins qu'il ne soit déterminé par un effort, et qui surtout ne diminue et ne décline que peu à peu. De plus, ces douleurs hystériques surviennent chez une femme qui aura déjà éprouvé des attaques d'hystérie, ou tout au moins quelques phénomènes évidemment hystériques. Supposons, par exemple, qu'une douleur très aiguë apparaisse et disparaisse en quatre heures chez une telle femme; je dis qu'il n'y a pas même possibilité d'erreur. Et quelquefois même, en pareil cas, il y a contraste complet avec le rhumatisme; quelque vive que soit la douleur, elle ne gêne pas les mouvemens le moins du monde, et la pression, au lieu de l'exaspérer, la soulage et la fait cesser.

Les douleurs ostéocopes de la syphilis peuvent être prises pour des douleurs rhumatismales. On a bien souvent dit et écrit que les douleurs syphilitiques augmentent durant la nuit par la chaleur du lit, et qu'au contraire les rhumatismes sont soula-

gés dans cette même circonstance. Ce prétendu contraste a été proclamé comme un axiome de séméiotique; mais il s'en faut pourtant de beaucoup qu'il n'y ait lieu là-dessus à aucune contestation. Les rhumatismes s'exaspèrent, eux aussi, pendant la nuit, pour peu qu'ils aient quelque intensité. Nous devons donc chercher d'autres élémens de diagnostic différentiel entre les douleurs syphilitiques et les douleurs rhumatismales. Dans celles-là, quelque aiguës qu'elles soient, et bien qu'elles apportent un peu de gêne dans les mouvemens, le malade ne sera point incapable de marcher, et pourra même vaquer à tous ses travaux durant le jour; la nuit, il se remuera et se tournera dans son lit sans notable augmentation de souffrance. Dans celles-ci, la contraction musculaire est une cause inévitable d'exacerbation; la marche est impossible, ou ne s'effectue qu'avec une claudication manifeste; les changemens de position dans le lit ne se font même qu'avec redoublement de souffrance. De plus, chez les personnes infectées de syphilis, vous pourrez ordinairement apprécier des changemens dans la forme des os, et cela d'autant plus aisément que presque toujours ces personnes sont très amaigries. Puis la revue des circonstances commémoratives, telles que les blennorrhagies, les ulcérations du gland, etc., doit être soigneusement faite. Enfin, l'examen attentif de toutes les régions du corps lèvera, dans la plupart des cas, toute espèce de doute: tantôt l'on trouvera des taches brunes à la peau, tantôt des pustules au cuir chevelu; chez tel malade, alopécie évidente; chez tel autre, douleurs

et petites ulcérations à la gorge, etc., etc., etc. Dans quelques cas néanmoins, il faut l'avouer, le diagnostic devient fort difficile. Stoll vit, chez une jeune fille affectée de rhumatisme vague, une tumeur se montrer et disparaître peu à peu dans la région inguinale : ce symptôme, joint à l'opiniâtreté de la maladie et aux exacerbations nocturnes, donna lieu à soupçonner que le mal était de nature syphilitique. Stoll employa les mercuriaux, mais il n'en obtint aucun succès, et reconnut enfin que la maladie était purement rhumatismale. Le grand praticien de Vienne raconte l'erreur où il était tombé, avec cette bonne foi naïve et simple qui caractérise les hommes supérieurs (1). C'est la faiblesse des esprits aussi pervers que médiocres de se donner les airs de l'infaillibilité.

Les douleurs saturnines (*Rheumatismus metallicus* de Sauvages) siègent le plus ordinairement dans les deux membres supérieurs ou dans les deux membres inférieurs à la fois, ou même dans les uns et les autres tout ensemble ; elles n'augmentent que peu ou point par la pression et par le mouvement, et simulent tout-à-fait une courbature : d'ailleurs, leur nature spécifique se révèle le plus souvent par l'ap-

(1) Puellæ cuidam longo, rebelli, nocturnoque rheumatismo, eoque vago laboranti tumor in inguine dextro dolens pedetentim nascitur, itemque sensim disparet. Mercurium dedi, luem veneream suspicatus ; non profuit : serò intellexi rheuma esse hujus constitutionis quod subindè alicubi tumorem excitat. Decepit me et locus tumoris, et dolorum pertinacium nocturna intensio.

Ratio Medendi. *Ephemerides*, 1779. October.

parition préalable ou simultanée de la colique de plomb, et, du moins, elle peut, n'y eût-il point de colique, se soupçonner d'après la profession du patient.

En cas de scorbut, avant l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les mailles du derme lui-même, il peut y avoir des douleurs préalables dans les membres (*Rheumatismus scorbuticus* du nosologiste déjà cité); et quelquefois ces douleurs prédominent notablement dans un membre, ou même y sévissent exclusivement, comme en cas de rhumatisme. Mais alors la tuméfaction mollasse des gencives, leur lividité, leur propension à saigner, symptômes premiers-nés de la diathèse scorbutique, ne peuvent manquer d'éclairer le diagnostic. De plus, ces douleurs étant produites par l'exhalation du sang entre les fibres musculaires, les muscles qui en sont le siége ne sont pas moins durs au toucher en état de repos qu'en état de contraction, comme Lind l'a très bien fait remarquer dans son excellente Monographie du Scorbut. Or, cette égale dureté des muscles dans l'une et l'autre circonstance est véritablement un signe pathognomonique. Puis, en outre, cette dureté n'est pas propre à tout un muscle, mais n'y est perçue que dans les espaces circonscrits où le sang s'est extravasé.

De cette revue générale des douleurs diverses qui ont plus ou moins d'analogie avec le rhumatisme musculaire des membres, il résulte donc que, dans la grande majorité des cas, il n'est guère possible de commettre des erreurs de diagnostic, à moins

d'inattention dans l'examen de toutes les circonstances de l'affection. Il y a cependant des cas insidieux : la syphilis surtout, ce Protée de la nosologie, peut long-temps cacher sa hideuse nature sous les apparences du rhumatisme. Ces cas sont rares, mais réels.

Le traitement du rhumatisme musculaire des membres doit se diriger encore suivant les mêmes indications que nous avons signalées dans les précédentes sections. Si l'affection est aiguë, les remèdes à employer sont les bains, les topiques émolliens et les saignées locales. Si l'affection est chronique, c'est aux rubéfians qu'il faut recourir, c'est à la vésication par les cantharides ou par l'ammoniaque, avec administration endermique des sels narcotiques; c'est même à la cautérisation par la potasse, par le moxa, ou par des boutons de feu. Une pratique beaucoup plus douce, que la médecine européenne a empruntée aux usages de l'Orient, réussit quelquefois, il est vrai, contre les rhumatismes chroniques des membres. Nous voulons parler du massage. Cette manière de pétrir les muscles était usitée dans l'Inde depuis un temps immémorial. Aux bains de Brighton, en Angleterre, on a fait venir exprès des Indiens pour cet office. Dans quelques établissemens de France, il y a des hommes qu'on a dressés, depuis peu, à masser méthodiquement les baigneurs.

Parlerons-nous de l'acupuncture, cette espèce de panacée chinoise et japonaise, qui, depuis les écrits de Ten Rhyne, médecin hollandais du dix-septième siècle, était connue de quelques érudits en

Europe, mais qui n'y a été, je crois, mise en pratique pour la première fois que dans ce siècle? Il y a quelques années, elle fut employée et préconisée en particulier contre les douleurs rhumatismales par MM. les docteurs Berlioz et Bretonneau. Combinée avec l'action de l'électricité galvanique, sous le nom *d'électropuncture*, ou plutôt de *galvanopuncture*, elle eut aussi des succès entre les mains de M. Jules Cloquet, aujourd'hui professeur de clinique externe à la Faculté de Paris. Mais la bruyante renommée de l'acupuncture n'a été qu'éphémère; sans doute le nombre des insuccès a balancé celui des cas heureux. Et décidément, la pratique mongole retombe dans l'abandon et dans l'oubli.

Un moyen très employé contre les rhumatismes musculaires, et que nous ne devons pas omettre, ce sont les frictions, soit sèches, soit à l'aide de linimens.

Pour les frictions sèches, on se sert de brosses particulières destinées à cet usage, ou bien on se sert simplement d'une pièce de flanelle. On doit renouveler ces frictions au moins deux fois par jour.

Les linimens sont sédatifs, ou excitans. Les uns se composent principalement de médicamens narcotiques, propres à amortir les douleurs; les autres ont pour base des médicamens irritans, dans le but de combattre le mal par une sorte de révulsion sur la peau. Les premiers conviennent, en général, quand les douleurs sont très vives, et qu'il faut, avant tout, les apaiser. Quand les douleurs sont modérées, mais opiniâtres et rebelles, les excitans sont plus efficaces, et ils paraissent plus propres à dé-

truire le principe même du mal. Je ne crois pas hors de propos de donner quelques-unes des meilleures formules de l'une et l'autre espèce de linimens dans un ouvrage qui s'adresse particulièrement, comme les leçons dont il est le reflet, aux élèves et aux jeunes docteurs.

Linimens sédatifs.

.1.

Huile d'amandes douces. . . . . deux onces.
Camphre. . . . . un gros.
Teinture thébaïque. . . . . demi-gros.

.2.

Baume tranquille. . . . . .
Huile camphrée. . . . . . .
— de camomille. . . . . .
— de jusquiame . . . . . .
} ãa, deux onces.

.3.

Huile d'amandes douces. . . . . deux onces.
Laudanum de Sydenham. . . . . deux gros.

.4.

Savon officinal . . . . demi-once.
Huile d'amandes douces. . . . . deux onces.
Teinture d'opium. . . . . une once.

Linimens excitans.

.1.

Huile d'amandes douces. . . . . deux onces.
Camphre. . . . . un gros.
Ammoniaque liquide. . . . . un gros et demi.
Eau vulnéraire. . . . . deux gros.
Huile essentielle de romarin. . . douze gouttes.

.2.

Teinture de cantharides. . . . . demi-once.
Huile d'amandes douces. . . . quatre onces.
Savon officinal. . . . . une once.
Camphre. . . . . demi-gros.
(Dissoudre le camphre dans l'huile, et le savon dans la teinture, puis mélanger le tout.)

.3.

Huile d'olive. . . . . quatre onces.
Ammoniaque liquide. . . . . . . demi-once.

La prophylactique du rhumatisme musculaire des membres consiste surtout à éviter le froid humide et le repos; une vie exercée est ce qu'il y a de mieux pour prévenir cette infirmité, peu dangereuse, il est vrai, mais singulièrement incommode. Si, à l'encontre de ce dernier conseil, on objectait que les hommes sont plus sujets que les femmes aux douleurs rhumatismales, et que cependant ils font,

en général, bien plus d'exercice, voici ce que nous répondrions pour résoudre l'apparente difficulté qui surgit du rapprochement de ces deux propositions, toutes deux parfaitement justes et vraies. C'est qu'il y a, dans la vie du sexe masculin, des intervalles de repos qui succèdent brusquement à une existence d'agitations et de fatigues, tandis que le sexe féminin est plus uniformément soumis, pour ainsi dire, à une même dose d'exercice, ou, si l'on aime mieux, au même défaut d'exercice. Ainsi, par exemple, les militaires, après avoir mené pendant dix ou vingt ans la vie la plus pénible, s'abandonnent assez volontiers à l'oisiveté une fois qu'ils sont rentrés dans leurs foyers. Or, ce passage non ménagé d'une existence active à une existence sédentaire est plus contraire à l'équilibre de la santé que le défaut habituel d'exercice.

ARTICLE III.

RHUMATISMES ARTICULAIRES.

(*Arthrorhumatismes.*)

Une fois qu'il est admis, comme chose déjà consacrée par un long usage, d'appeler rhumatismes toutes les douleurs musculaires que nous venons d'étudier dans l'article précédent, on ne saurait, en vérité, s'empêcher d'étendre, en vertu de frappantes analogies, la même dénomination à ces maladies articulaires, qui, bien qu'ordinairement accompagnées de phénomènes inflammatoires, sont beaucoup plus mobiles que ne le comporte la nature d'une véritable et franche inflammation, et qui, se déplaçant brusquement et passant d'une articulation à une autre, comme fait d'un muscle à un autre le rhumatisme musculaire, et alternant même souvent avec cette affection (Art. II, sect. Ire, § V), doivent être jugées de même nature. Aussi ces maladies sont-elles généralement appelées *rhumatismes articulaires*. La condition du siége est celle qui a déterminé le choix, bien naturel d'ailleurs et bien obvie, de l'épithète spécifique à joindre au terme générique; elle constitue, en effet, la différence fon-

damentale et classique qui distingue ces derniers rhumatismes d'avec les rhumatismes musculaires.

Mais, dira-t-on, désigner les articulations comme siége d'une maladie, cela est bien vague. On aurait encore à désirer sur ce point quelque chose de plus précis. Quelles sont, en dedans ou en dehors de l'articulation, les parties réellement et primitivement affectées? Est-ce la membrane synoviale? Sont-ce les cartilages? Sont-ce les organes fibreux, comme les ligamens, les tendons, etc.? Il y aurait, en effet, des raisons à faire valoir pour répondre affirmativement à chacune de ces interrogations, et pour adopter telle ou telle opinion exclusive que l'on voudra. Hé! mon Dieu! il n'y a pas là de quoi s'étonner; car, avec cette manière sophistique de raisonner, qui pousse certains esprits à élever une assertion générale sur quelques cas particuliers, et à admettre toujours pour lésion idiopathique, essentielle, primitive, la première lésion venue qu'ils rencontrent, on pourrait, certes, aller jusqu'à faire du rhumatisme articulaire une maladie cutanée. En beaucoup de cas, en effet, la peau, sans contredit, se montre plus rouge et plus enflammée que ne le paraissent d'ordinaire, à l'autopsie, les parties intérieures.

En quelques cas on a trouvé, à l'autopsie, des signes évidens d'inflammation des membranes synoviales. Mais il n'en est pas toujours ainsi; on le verra. Donc, ce serait, je pense, une pure affectation de précision aux dépens de la vérité, que de substituer à la dénomination de rhumatisme articulaire celle de *rhumatisme synovial*, comme l'a fait M. le doc-

teur Trousseau, ou celle de *synovie rhumatismale*, comme le propose M. le professeur Bouillaud.

Je penche, pour ma part, à admettre, comme j'en aï donné les raisons ailleurs (Art. I[er], § IV), que le siége propre et primitif du rhumatisme articulaire est dans les tissus fibreux qui environnent l'articulation. Serais-je pour cela porté à nommer la maladie *rhumatisme fibreux*, à l'exemple de Pinel (*Nosogr. philosoph.*)? Non, certainement; car d'abord, à mes yeux, cette dénomination n'a rien de spécialement applicable au rhumatisme articulaire, puisqu'on peut soutenir avec une égale vraisemblance que les rhumatismes musculaires et les rhumatismes internes ont aussi leur siége véritable et précis dans les tissus fibreux ou fibro-celluleux. Cette idée une fois admise, une telle dénomination contiendrait donc un pléonasme, une vaine et oiseuse redite. Mais, de plus, il est peu philosophique, en fait de nomenclature médicale, de caractériser les espèces nosologiques d'après une considération purement vraisemblable, si haut que puisse être d'ailleurs le degré de vraisemblance; il faut les dénommer d'après des faits évidens, incontestables, et qui soient avoués de tous les médecins. Or, dans l'état actuel de la science, dire que le rhumatisme attaque ici un muscle, là une articulation, c'est une proposition que personne ne conteste. Le débat s'élève, au contraire, lorsqu'on veut préciser si dans le muscle le rhumatisme attaque spécialement le tissu musculaire ou bien les expansions du tissu tendineux; si aux articulations il sévit de prime-abord, et par essence, sur telle partie ou sur telle autre.

Qu'on soit d'accord, au moins, sur les noms, puisque cela est possible. Nous avons donc raison d'adopter de préférence les expressions de *rhumatisme musculaire* et de *rhumatisme articulaire*, qui sont aujourd'hui unanimement reconnues et comprises, et qui ne préjugent rien qu'on puisse contester. Il est à propos de remarquer que les mots que j'ai proposé d'y substituer, savoir, *myorhumatisme* et *arthrorhumatisme*, en sont, quant à la valeur étymologique, les équivalens exacts; ils n'ont, en vérité, pas d'autre désavantage que d'être nouveaux, et de s'appuyer dans leur nouveauté sur une autorité aussi faible que la mienne.

Vaudrait-il mieux, en suivant les erremens de l'école dite physiologique, donner au rhumatisme articulaire le nom *d'arthrite?* Voilà, s'écrient quelques médecins, le seul mot propre, le seul qui ne soit pas entaché d'ontologie, le seul éminemment convenable à une maladie inflammatoire des articulations. C'est à merveille, sans doute. Et cependant, force est de reconnaître que cette inflammation, si tant est qu'il y ait toujours inflammation, a une manière d'être particulière; qu'elle n'est pas du tout semblable à l'inflammation qui succède à une violence extérieure, ni à celle qui, dans certaines constitutions, amène la production des tumeurs blanches, etc. Il faudra la décrire à part, la caractériser par des épithètes qui, bon gré malgré, explicitement ou implicitement, dénotent en elle une nature particulière. On l'appellera, par exemple, *arthrite rhumatismale*, comme a fait M. Roche dans le *Dict. de Méd. et de Chir. prat.* Or, qu'est-ce à

dire, sinon que cette arthrite est un rhumatisme? C'est en vain aussi que M. Piorry, ne voulant point employer le mot de rhumatisme, a recours à l'expression *d'arthrite spontanée*. Veut-il dire par là, d'après le sens propre et rigoureux de l'épithète, que cette arthrite naît d'elle-même, qu'elle est un effet sans cause? Non, certes; car ce serait une absurdité. Il n'a pu vouloir dire rien autre chose, sinon que, par opposition à l'arthrite traumatique, qui *naît* par l'effet d'une cause extérieure évidente, l'arthrite spontanée *naît* surtout par l'effet d'une cause intérieure insaisissable. C'est donc reconnaître, mais dans un langage qui tend à égarer l'esprit, mais, pour ainsi dire, à contre-cœur, que la dernière maladie n'est pas de même *nature* que la première.

Sans doute, ce n'est pas ici le lieu d'approfondir la question si délicate et si controversée de la nature des maladies qui font l'objet de nos études actuelles. Cette question, nous la renvoyons à la fin de notre œuvre; car les controverses ne doivent marcher qu'après les faits. Mais, si le problème n'est pas encore, en cet instant, résolu pour nos lecteurs, il l'est et devait l'être pour nous, qui n'écrivons qu'après avoir considéré toutes les faces de notre sujet. Il est donc impossible que par le choix même de nos dénominations nous n'établissions d'avance la solution, sauf à en fournir les preuves en temps et lieu. Ainsi, ces affections articulaires, qu'il n'est pas permis, comme nous le démontrerons, d'assimiler à une inflammation franche et vraie, à une inflammation traumatique, par exem-

ple, et qui ont de si étroits et si intimes rapports avec le rhumatisme musculaire, ces affections, nous ne devons pas les nommer arthrites, mais rhumatismes.

Néanmoins, tout en proclamant une analogie profonde, une véritable communauté de nature, entre les rhumatismes musculaires et les rhumatismes articulaires, nous nous plaisons à reconnaître qu'entre ceux-ci et ceux-là il y a, outre la différence fondamentale et caractéristique du siége, d'autres différences encore à signaler, et c'est ce que nous allons faire dans le suivant parallèle.

Dans le rhumatisme musculaire, il n'y a jamais apparence complète et évidente d'inflammation. Dans le rhumatisme articulaire, d'ordinaire il n'y a pas simplement douleur, mais aussi rougeur, chaleur et tension des tissus affectés; et quelquefois ces phénomènes se manifestent même au dehors sur la peau. Si l'affection n'est pas inflammatoire quant à son essence, elle l'est du moins quant à sa forme.

Différence étiologique : le rhumatisme musculaire se produit chez tout le monde par suite de l'impression du froid humide, ou par suite d'un effort trop considérable ; le rhumatisme articulaire survient très souvent sans cause extérieure manifeste, et tient à une disposition intérieure dont le raisonnement est obligé d'admettre l'existence, mais qui échappe à nos sens.

Le rhumatisme articulaire est encore bien plus mobile que le rhumatisme musculaire : celui-ci change quelquefois de place, celui-là presque toujours; il est excessivement rare d'en observer des

attaques où il n'y ait qu'une seule articulation qui soit prise.

Le rhumatisme articulaire s'annonce d'ordinaire par un ensemble de prodromes fébriles, qu'on ne voit que bien rarement précéder le rhumatisme musculaire; puis encore, en opposition avec l'état apyrétique de celui-ci, il est accompagné d'un cortége de symptômes généraux, dont la gravité est proportionnée au nombre des articulations malades et à l'intensité des symptômes locaux. Sa durée est généralement beaucoup plus longue que celle de l'autre : non pas que tel rhumatisme articulaire ne puisse cesser en une semaine, et tel rhumatisme musculaire persister, au contraire, pendant des mois entiers ; c'est la masse générale des cas de l'un et l'autre genre qu'il faut considérer pour apprécier la vérité de notre assertion.

Un membre étant d'abord attaqué de rhumatisme musculaire, il est bien rare que les articulations contiguës aux muscles rhumatisés se rhumatisent aussi elles-mêmes. Au contraire, dans le rhumatisme articulaire, la douleur et les autres symptômes qui ont commencé à se déclarer à une articulation, s'étendent plus ou moins loin au-delà, envahissent les muscles, et vont même jusqu'à s'emparer des articulations voisines. M. Chomel a, dans un cas, observé une tuméfaction universelle de tous les membres, laquelle persista même fort long-temps.

Enfin, le rhumatisme articulaire est, en général, plus rebelle que le musculaire aux ressources de l'art. Attaquez une pleurodynie, un lumbago, etc.,

par les moyens que nous avons indiqués ; vous êtes presque certains, dans la grande majorité des cas, que le mal cédera au bout d'un petit nombre de jours. Le rhumatisme articulaire aigu, quoi que vous fassiez, n'en aura pas moins pour durée moyenne une vingtaine de jours. Il n'est pas sans exemple de l'avoir vu persister trois mois, malgré le traitement le plus actif. Et doit-on s'étonner de son opiniâtreté? Il est tellement mobile qu'il fuit, pour ainsi dire, devant le remède pour se porter ailleurs ; puis il revient là même d'où vous l'aviez chassé ; il semble se jouer de la médecine.

L'histoire détaillée que nous allons donner du rhumatisme articulaire prouvera sans réplique tout ce que nous venons d'avancer, sous forme de considérations générales et préliminaires, relativement à l'analogie fondamentale et aux différences secondaires qui existent entre cette maladie et le rhumatisme musculaire.

Le rhumatisme articulaire est distingué en aigu et en chronique, suivant sa durée ou plutôt suivant le caractère de ses symptômes, comme nous l'expliquerons plus tard. Chacun de ces types sera, dans cet article, l'objet de deux sections particulières, l'une pour la description, l'autre pour la thérapeutique. Mais, préalablement, nous consacrerons spécialement une section tout entière à l'importante étude des causes. Car les considérations étiologiques sont non seulement communes au rhumatisme articulaire aigu et au rhumatisme articulaire chronique, mais elles concernent aussi, comme nous l'avons dit ailleurs (Art. II, sect. Ire,

§ II), le rhumatisme musculaire qui devient habituel, et, pour ainsi dire, constitutionnel chez tel ou tel individu sous les mêmes influences que ceux-là, et qui souvent en ce cas coexiste ou alterne avec eux.

Disons enfin, pour clore cette introduction, que l'usage a prévalu de donner le nom de *goutte* au rhumatisme articulaire, quand ce sont les petites articulations qui sont prises. Certains auteurs même font de la goutte un genre distinct de maladie, en regard du *rhumatisme articulaire* ou *goutteux*, qui, pour eux, est une affection exclusivement dévolue aux grandes articulations. Quant à nous, comme nous le prouverons plus tard, nous ne voyons pas assez de différence entre la goutte et le rhumatisme goutteux de ces auteurs pour distinguer génériquement celle-ci d'avec celle-là. Sans doute, à une époque où la dénomination de rhumatisme ne s'appliquait qu'aux muscles, on faisait bien d'opposer le rhumatisme à l'arthritis ou goutte, affection des articulations. Mais, dès que, par une analogie d'ailleurs très bien fondée, on a étendu ce terme de rhumatisme à l'affection des grandes articulations, il n'y a nulle raison de s'arrêter dans la route de l'analogie, et de ne pas continuer l'extension du terme jusqu'à l'affection des petites articulations. Il n'y a donc plus lieu à distinguer la goutte du rhumatisme, sinon pour la consolation des malades à qui le premier nom causerait trop d'effroi.

SECTION PREMIÈRE.

ÉTIOLOGIE.

§ Ier. — Causes prédisposantes.

L'étiologie du rhumatisme articulaire est un point assez obscur. Mais, avant tout, on ne peut s'empêcher de reconnaître la nécessité d'une prédisposition interne, occulte, mais réelle, pour la production de cette affection. Que l'on ne cherche pas à dire en quoi cette prédisposition consiste. Nous ne l'attribuons, nous, ni à un *âcre*, ni à un *virus*, ni à une *humeur*. Mais, par cela même que nous ne faisons aucune hypothèse qui aide à en conserver l'idée, nous nous garderons bien de ne noter *qu'en passant*, comme l'a fait l'auteur des *Nouvelles recherches sur le Rhumatisme*, cette condition capitale, essentielle, irrécusable, cette condition *sine quâ non*. Il faut, au contraire, la proclamer bien haut, la graver aussi profondément que possible dans notre esprit, crainte que nous ne la perdions de vue après l'avoir reléguée à l'écart et mentionnée comme à regret. Il y a, en vérité, peu de philosophie à négliger, à mettre dans l'ombre les causes dont la raison doit nécessairement reconnaître l'existence, mais dont on ne peut déterminer la nature. Les esprits superficiels et peu méditatifs ne sont que trop portés à les traiter d'abstractions et de rêveries ontologiques, et prêts, en revanche, à exalter et à exagérer l'influence de quelques-unes de ces causes sensibles, dites *occasionnelles* ou *détermi-*

nantes. Or, s'il m'est permis de me citer moi-même ici, voici comment, dès ma prise de possession de la toge doctorale, je proclamais la haute valeur étiologique des prédispositions. « Les influences com-» binées de l'alimentation, de l'air, des eaux, de » la température, etc., modifient l'organisme de » vingt manières différentes, et créent en lui les dia-» thèses ou prédispositions variées, sans lesquelles » les causes déterminantes n'ont qu'une faible puis-» sance. Si l'on nie ces prédispositions par cela seul » qu'elles sont souvent inappréciables, on ne con-» çoit plus comment, sur plusieurs individus qui se » seront exposés à un changement brusque de tem-» pérature, l'un aura une pleurésie, l'autre des » rhumatismes, le troisième une fièvre éphémère; » comment le quatrième n'éprouvera aucune espèce » d'accidens, etc., etc. » (*Quelques propositions de Philosoph. méd.*, Thèse inaug., 1829, n° 21, pag. 14.)

La prédisposition rhumatismale est, il faut l'avouer, de celles qu'aucun signe infaillible ne fait reconnaître à l'avance; c'est (qu'on me passe ici un langage métaphorique, qui me paraît bien propre à peindre la vérité), c'est, dis-je, une mine souterraine et cachée qui ne se révèle à ses victimes qu'à l'instant même de son explosion. L'existence de la prédisposition ne devient certaine chez tel ou tel individu que par le fait même d'une attaque actuelle de rhumatisme articulaire. Cependant, l'attaque une fois passée, il est, sinon certain, du moins très probable, que la prédisposition existe toujours chez cet individu, et que tôt ou tard elle

aura sa fatale manifestation, soit en étant mise en jeu par quelque cause déterminante banale, soit par une sorte d'éclosion spontanée en l'absence même de toute provocation occasionnelle. Effectivement, la circonstance la plus propre à faire craindre de futures attaques de rhumatisme articulaire, c'est d'en avoir déjà été atteint. L'expérience journalière montre que, une première attaque une fois survenue, il en vient ordinairement une seconde au bout d'un certain laps de temps. Les intervalles des attaques sont très variables. Quelquefois l'intervalle n'est que d'un an ou deux ; d'autres fois, il est de quatre, cinq, six et même dix ans. (Voir nos VIe, Xe, XIe, XIVe, XVIe, XIXe, XXVIe observ.) M. Chomel a vu un cas de récidive qui n'eut lieu que vingt-deux ans après la première attaque (*Th. inaug.*, p. 59) ; et, durant cet espace de temps, il n'y avait eu de loin à loin que de faibles et vagues douleurs, imperceptibles lueurs de rhumatisme, qui n'avaient pas, à proprement parler, interrompu le cours d'une santé florissante. Moi-même j'eus, au mois de mars 1825, à l'âge de 21 ans, une attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui, dans une durée de quinze jours, prit, quitta, reprit, avec une excessive mobilité, presque toutes mes articulations ; et voilà onze ans révolus que j'attends la récidive, qui n'est pas encore venue, mais qui, dans la règle, doit tôt ou tard venir. Plaise à Dieu, toutefois, que je sois dans l'exception ! Car, enfin, quelques exemples prouvent que le rhumatisme articulaire peut ne se montrer qu'une fois dans tout le cours de la vie, en formant exception à une règle qu'on doit vraiment appeler

générale. Mais ordinairement, pendant l'espèce de sommeil de la cause rhumatismale, il y a, de temps à autre, quelques légers ressentimens de douleurs, soit dans les muscles, soit dans les articulations. C'est une opinion fort ancienne et fort accréditée que, plus les attaques sont violentes, plus longs en sont les intervalles. Quant à nous, nous ne voulons rien affirmer de bien positif à cet égard-là. Ce que nous savons bien et affirmons volontiers, c'est qu'après plusieurs attaques les récidives surviennent sous l'influence de causes plus légères; elles succèdent plus facilement à l'impression du froid, à un excès de table, à l'abus des plaisirs de l'amour. Une vie sobre et modérée sert, en général, à éloigner, sinon à prévenir, les rechutes. Il est vrai de dire, cependant, que l'observance exacte de l'hygiène n'est pas toujours récompensée, et que, bien souvent, la tempérance et la continence semblent avoir perdu tout pouvoir prophylactique. Les récidives sont quelquefois comme périodiques, et reviennent constamment à une certaine époque de l'année, au printemps, par exemple, ou à l'automne. Barthez a même vu l'affection reparaître deux fois par an, aux solstices d'hiver et d'été. Mais après un laps de plusieurs années, ce caractère de périodicité disparaît d'ordinaire, et les intervalles deviennent tout-à-fait inégaux et irréguliers.

Il y a encore une autre circonstance étiologique presque équivalente à celle que nous venons de signaler : c'est d'être né de parens rhumatisans ou goutteux. Quand on a cette triste origine, on a eu, pour ainsi dire, sa première attaque dans la personne de

ses ascendans. Sur soixante-douze malades que M. Chomel interrogea là-dessus à l'époque où il préparait sa thèse, trente-six se trouvèrent être issus d'origine rhumatisante, vingt-quatre étaient nés de parens sains, et douze ne purent donner de renseignemens à ce sujet. Les histoires détaillées de ces maladies sont encore toutes entre nos mains. Hé! bien, l'hérédité est donc là établie dans la moitié des cas. Peut-on considérer un tel rapport comme une simple coïncidence? Bien peu de causes, en pathologie, fondent leur droit à être reconnues sur une fréquence relative plus grande, sur un privilége plus étendu que celui d'être signalées une fois sur dix dans les maladies dont on leur attribue la production; et cela n'a rien de surprenant: tant sont complexes et variées les influences qui contribuent à déterminer les troubles de l'organisme! Au surplus, la plupart des observateurs ont reconnu la transmission héréditaire du rhumatisme articulaire, et surtout de la goutte, qui, on le sait, n'est pour nous pas autre chose qu'une forme de celui-ci. Cette vérité a été avouée jusque dans les rangs mêmes de cette école dite physiologique, qui a pourtant peu de penchant à reconnaître l'hérédité morbide, la qualifie généralement de mystère ontologique, et préfère y substituer bon gré malgré son thême favori d'explication universelle, l'irritation. M. le docteur Roche, un des écrivains les plus distingués de cette secte médicale, dit, dans l'article *Arthrite* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, avoir lui-même observé des cas dans lesquels il y avait de fortes *présomptions* d'hérédité.

Eh ! sans doute, dans chaque cas considéré individuellement, l'hérédité n'est qu'une *présomption ;* car un simple hasard, un concours fortuit des mêmes circonstances morbifiques, sans aucune propagation héréditaire, pourrait produire la même maladie chez l'aïeul, le père et le fils. Mais si la masse de ces cas est considérable, (et elle l'est effectivement), il n'y a pas seulement présomption, mais probabilité grande, et si grande qu'elle équivaut à la certitude pour quiconque ne pousse pas le doute médical jusqu'à un ridicule pyrrhonisme. Certes, le rhumatisme articulaire est bien une des maladies auxquelles s'applique le plus particulièrement cette comparaison si frappante et si juste de Baillou, l'Hippocrate français du seizième siècle : *Ut bonorum hæreditates, ita et morborum successiones ad posteros perveniunt.* (Ballonii *Consiliorum medicinalium* Lib. III. Cons. 2). Ici encore, ne cherchons point à imaginer comment s'opère la transmission héréditaire de la maladie. N'allons pas dire, par exemple, avec Helvétius, praticien célèbre du siècle dernier, que l'hérédité de la goutte tient à un trop grand épaississement de la synovie, qui, dès le temps de la conception, a reçu cette mauvaise qualité répandue dans le sang du père ou de la mère. (Helv. *Tr. des maladies*). Une telle hypothèse, ou toute autre inventée dans le même but, ne peut que déparer et décréditer la vérité qu'elle a la fausse prétention d'expliquer. Une cause une fois rendue probable par la seule observation des faits, n'essayons pas d'en rendre raison, si cela est impossible dans l'état actuel de la science ; mais gardons-nous aussi

de la rejeter à titre de chose inexplicable et mystérieuse : en étiologie, il faut se tenir ferme entre ces deux écueils.

Si l'on en croit un préjugé vulgaire, la goutte sauterait une génération ; le petit-fils d'un goutteux serait plus inévitablement atteint que le fils lui-même. Mais cela, en tant que proposition générale, n'est pas moins démenti par les faits que réprouvé par la théorie. Sans doute, il y a quelques cas d'exception. Ainsi, par exemple, Amatus Lusitanus (*Centurie IV*ᵉ, *cure* 51ᵉ) cite une femme tourmentée de la goutte de fort bonne heure et pendant toute sa vie, dont les aïeuls avaient été goutteux, mais dont les parens (*Parentes*, c'est-à-dire, le père et la mère) ne l'avaient pas été, et qui, parvenue à l'âge de cinquante-trois ans, n'avait encore vu aucun de ses enfans être atteint de goutte. On conçoit, il est vrai, qu'un individu, tout en ayant hérité de son père ou de sa mère la prédisposition rhumatismale ou goutteuse, échappe heureusement aux manifestations effectives de cette prédisposition, et que pourtant elle ne s'en transmette pas moins de lui à ses enfans, et ne soit mise à effet que chez ces derniers. C'est là une anomalie fort explicable comme exception, mais qui, érigée en règle, touche de près au merveilleux. Or le merveilleux a toujours grande chance d'être cru par la foule.

Après ces deux causes prédisposantes, ou plus exactement, ces deux circonstances commémoratives, savoir la manifestation antérieure d'un rhumatisme articulaire et l'imminence héréditaire, circonstances qui prouvent irréfutablement l'exi-

tence et l'importance d'une prédisposition particulière, il n'y a plus à signaler aucune condition étiologique qui ait ainsi une valeur presque spécifique, et qui fournisse autant de fondement à la prévision de l'éventualité des rhumatismes articulaires. Parmi les influences extérieures de climat, de saison, de température, d'alimentation, etc., comme parmi les qualités toutes personnelles et tout intrinsèques d'âge, de sexe, de tempérament, etc., nous n'avons à remarquer aucune cause prédisposante qui ne soit obscure et plus ou moins contestable, aucune dont l'action ne soit limitée à un petit nombre d'individus, aucune qui paraisse évidemment plus puissante pour produire les affections rhumatismales et goutteuses que telle ou telle autre maladie.

Certes, nous n'ignorons pas et nous ne voulons pas dissimuler que l'action combinée du froid et de l'humidité contribue, et de beaucoup, à engendrer à la longue la prédisposition rhumatismale.

Nous savons, en effet, que les climats tempérés où le froid sec règne très rarement, où l'atmosphère, dans ses jours de rigueur, est presque toujours humide en même temps que froide, sont plus favorables à la production du rhumatisme articulaire, que les climats très froids ou très chauds. La France, la Hollande, l'Allemagne et l'Angleterre comptent une nombreuse population de rhumatisans et de goutteux. Dans les pays du Nord et du Midi il y a moins de ces malades, au rapport des auteurs. Barthez, par exemple, assure que le rhumatisme est rare dans la Laponie et l'Amérique

septentrionale. (*Traité des maladies goutteuses*, t. I, p. 308.) Ponsard dit que l'Italie et l'Espagne y sont moins sujettes que les contrées de l'Europe centrale (*Traité de la goutte et du rhumatisme*, p. 465). Je me rappelle bien, pour ma part, avoir vu peu de rhumatismes articulaires parmi les maladies du grand hôpital *degl'Incurabili* à Naples, ville où je passai un hiver entier (en 1832-33).

De cette influence des climats, on peut induire, par analogie, quelle est l'influence des saisons diverses. Ce n'est pas, en général, quand le temps est très froid ou très chaud, au cœur de l'hiver ou de l'été, que se développent les affections rhumatismales: elles deviennent d'autant plus fréquentes qu'on est plus loin de ces deux extrêmes, et qu'on est plus près des deux époques opposées, savoir, l'équinoxe de printemps et celui d'automne. Mais, au demeurant, elles peuvent se produire en toute saison. Car d'abord toute saison, surtout dans nos climats, est susceptible d'offrir de soudaines et fréquentes vicissitudes de température; nos hivers même sont généralement plus incommodes par une perpétuelle variation dans l'intensité du froid humide, que par une trop longue durée d'un froid sec et rigoureux. Puis, en second lieu, les rhumatismes articulaires se développent aussi, indépendamment des influences météorologiques, par l'action de causes tout autres, et quelquefois même, pour ainsi dire, par une force intérieure de germination chez l'individu affecté. Aussi les grands observateurs de l'antiquité et de l'âge moderne n'ont-ils énoncé qu'avec restriction la part des sai-

sons dans la production des maladies rhumatismales et goutteuses. Hippocrate dit : « Les maladies » goutteuses se manifestent *le plus souvent* au » printemps et à l'automne (1). » (*Aphor.* VI, 55). Sydenham : « *Nullo non tempore incessit hic mor-* » *bus*, MAXIME *autumno.* » (cap. Rheumatismus.)

Nous savons encore, (et qui ne le sait?) que l'habitation dans des maisons récemment construites, ou humides par toute autre cause, prédispose puissamment au rhumatisme articulaire. Presque tous les auteurs en ont parlé, et le vulgaire même ne l'ignore pas. Je crois moi-même avoir droit d'en être convaincu par une expérience toute personnelle. Le rhumatisme articulaire dont je fus atteint il y a onze ans, eut pour cause occasionnelle évidente la suppression d'une abondante épistaxis que j'arrêtai, comme je l'avais fait impunément bien des fois auparavant, avec des arrosemens d'eau froide sur le visage : depuis encore, j'ai quelquefois supprimé de la même façon mes habituels saignemens de nez, et sans mésaventure aucune. Mais, lors de ma maladie, j'habitais depuis deux ans, au rez-de-chaussée, une chambre très humide, dont un côté même était adossé à un terrassement de jardin, et se trouvait ainsi comme un mur de cave. Voilà la seule cause appréciable que je puisse accuser d'avoir créé en moi la prédisposition rhumatismale, en l'absence de toute hérédité tant du côté paternel que du côté maternel. Nous nous sommes plu à signaler la même cause prédisposante dans notre

(1) Τὰ ποδαγρικὰ τοῦ ἦρος καὶ τοῦ φθινοπώρου κινέεται ὡς ἐπὶ τὸ πολύ.

Ire observation, et nous la signalerons encore par la suite (IXe, Xe, XIXe, XXe, XXIe observat.). Mais enfin, tout en reconnaissant que le froid humide est certainement une des causes prédisposantes du rhumatisme articulaire, il ne faut pas cependant, avec certains auteurs, l'ériger en cause unique et spécifique. Ce serait là une exagération, une assertion tout-à-fait erronée. Car, après tout, de tous les individus qui se trouvent également soumis, dans un même climat, dans une même saison, dans une même localité, à l'influence commune du froid humide, il n'y en a qu'un nombre relativement fort petit qui soit atteint de rhumatismes articulaires; les autres restent bien portans, ou sont attaqués des maladies les plus diverses.

Sans aucun doute, une alimentation trop succulente, et l'usage trop large des vins généreux, favorisent les fréquens retours du rhumatisme articulaire, et en déterminent ainsi la manifestation sous forme de goutte proprement dite. Mais ces causes sont-elles suffisantes pour produire, à elles seules, la prédisposition, et la pousser même jusqu'à une évolution complète et entière? Ne sont-elles qu'accessoires, et, pour ainsi dire, adjuvantes, et n'exigent-elles pas la prédisposition spécifique plutôt qu'elles ne la créent? Ou bien encore, empruntant à la statique un langage exact et précis, devons-nous les considérer comme forces composantes, qui concourent de pair avec d'autres composantes, comme l'abus des plaisirs érotiques, l'oisiveté, et autres circonstances appréciables ou non, à produire pour résultante la diathèse rhumatismale ou goutteuse?

Croirons-nous, comme quelques auteurs, et, entre autres, Ponsard (p. 479), que le cidre et la bière aient une influence spéciale sur la production des rhumatismes articulaires? Dans les pays où l'on fait grand usage de ces boissons, comme, par exemple, en Normandie et en Angleterre, on a remarqué une proportion excessive de rhumatisans et de goutteux dans la masse générale des malades. Mais il faut observer que ces pays-là sont froids et humides, et que c'est par cela même qu'on n'y a pas de vin pour boisson commune et habituelle, la vigne n'y trouvant pas de lieu favorable pour croître et prospérer. L'humidité de l'air pourrait bien être la seule coupable. Dans les pays où l'on boit indifféremment du vin, du cidre ou de la bière, on n'a pas remarqué que les buveurs de bière et de cidre fussent plus sujets aux rhumatismes articulaires et à la goutte que ne le sont les buveurs de vin. Si cela était vrai, ce serait jusqu'à un certain point contraire à l'adage des anciens : *Podagra Bacchi Venerisque filia*. Voilà donc encore un objet d'étude pour les médecins qui exercent dans les localités où peut être faite en grand cette comparaison de l'influence des diverses boissons.

Voyons maintenant quelle est la part de l'âge dans la production des rhumatismes articulaires. En général, la première attaque a lieu de quinze à trente ans. Sur soixante-treize rhumatisans que M. Chomel interrogea à cet égard à l'époque où il recueillait les matériaux de sa thèse inaugurale, il s'en trouva trente-cinq qui avaient été atteints, pour la première fois, de 15 à 30 ans : vingt-deux, de 30 à 40 :

sept, de 45 à 60 : sept après 60 ans : deux au dessous de 15 ans ; l'un dans sa neuvième année, l'autre dans sa dixième. Ce relevé de M. Chomel tombe d'accord avec le témoignage de la plupart des auteurs qui signalent la jeunesse et la virilité comme les âges les plus propres au développement des rhumatismes articulaires. Citons en preuve les plus célèbres, Sydenham (*Loco citato*), Boerhaave (*Aphor.* 1491), Cullen (*Méd. Prat.*, n° 437). Mais, une fois la première attaque ainsi survenue dans la fleur ou la maturité des ans, la prédisposition rhumatismale va d'ordinaire s'aggravant avec le progrès de l'âge, et se manifeste de plus en plus jusqu'au dernier terme de la vie. Viennent d'abord les récidives à longs intervalles, à intervalles triennaux, quinquennaux, etc., tels que nous les avons signalés ci-dessus. Plus tard, les attaques deviennent généralement plus fréquentes dans leurs retours, plus longues dans leur durée, et souvent plus graves dans leurs symptômes et dans leurs suites. Cette déplorable aggravation de la diathèse rhumatismale a ordinairement lieu vers la quarantaine ou la cinquantaine. On voit par le relevé même de M. Chomel qu'il est rare, mais non pas impossible, que le rhumatisme articulaire sévisse dans l'enfance et précède la puberté. Il ne conviendrait pas de répéter, après Hippocrate : « On n'est pas » goutteux avant l'âge où se goûtent les plaisirs de » Vénus. » (*Aphor.* 30 de la section VI.) (1). L'oracle de Cos est ici en défaut, du moins quant à nos

(1) Παῖς οὐ ποδαγριᾷ πρὸ τοῦ ἀφροδισιασμοῦ.

contrées et quant à notre siècle ; car bien des exemples contraires se trouvent déjà recueillis dans les fastes de la science. Il est bon de remarquer que dans les cas où l'enfance est ainsi atteinte contre la règle, c'est presque toujours sous la triste influence de l'hérédité. Ainsi Morgagni (Epist. LVII, art. 4) parle de jeunes garçons qui, à peine sortis de l'enfance, furent pris de douleurs atroces dans les articulations, mais dont, à sa propre connaissance, le père, le grand-père et le bisaïeul étaient goutteux. M. le professeur Andral cite dans ses leçons orales le cas d'une jeune personne qu'il a vue atteinte, à l'âge d'environ dix ans, d'un rhumatisme articulaire aigu : c'est la fille aînée d'une dame qui, à douze ans, avait été elle-même attaquée d'une pareille affection (et vraisemblablement aussi en vertu d'une aptitude héréditaire), et qui depuis cette attaque précoce est restée sujette à de fréquentes récidives. Le fait suivant, recueilli à la clinique de l'Hôtel-Dieu, nous offre un exemple analogue.

VIe OBSERVATION (1).

Hypertrophie du cœur. Rhumatisme héréditaire : première attaque à 13 ans ; seconde attaque à 14 ans ; troisième attaque à 19 ans, laquelle amène successivement un lumbago, une sciatique, et des entérites. Usage du colchique. Guérison du rhumatisme en une quinzaine de jours.

Le 22 octobre 1833, entra à l'Hôtel Dieu, salle Sainte-Madeleine, n° 27, Corbin (Victor), peintre en bâtimens, âgé de 19 ans, pour y être traité d'une

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

hypertrophie du cœur qui avait commencé à se manifester il y avait deux ans, et dont nous ne jugeons pas à propos de détailler ici les symptômes, consignés, d'ailleurs, dans l'histoire originale que nous avons sous les yeux et d'où nous n'extrayons particulièrement que ce qui a trait à l'étude du rhumatisme.

Sous l'influence des évacuations sanguines, de la digitale et d'un régime sévère, l'impulsion du cœur était devenue moins énergique, et le pouls était descendu de 70 pulsations à 54 par minute, lorsque, le 22 novembre, notre malade sentit durant la nuit ses reins devenir douloureux. On ne fit pas d'abord attention à ce léger lumbago, qui n'empêcha ni la station ni la progression pendant les deux jours suivans, quoique la jambe gauche fût bien aussi un peu raide.

Le 26 novembre, la douleur lombaire ayant acquis plus d'intensité, et, de plus, la cuisse et la jambe droite étant devenues douloureuses dans le trajet du nerf sciatique, quinze sangsues furent appliquées sur les lombes, produisirent une abondante perte de sang, et déterminèrent un notable soulagement.

Le lendemain 27, les deux genoux et les deux coude-pieds se trouvèrent rhumatisés; il y avait aussi de la fièvre. Une saignée de deux palettes et demie, et l'usage des cataplasmes émolliens, diminuèrent les douleurs articulaires sans les enlever tout-à-fait. Depuis lors, les deux genous, les deux coude-pieds et les deux articulations ilio-fémorales furent toujours un peu douloureuses.

Le 29, on administra un demi-gros de teinture de colchique, qui occasiona trois selles. Les jours suivans, on essaya d'en augmenter la dose, ce qui amena des vomissemens en même temps que des évacuations alvines. Pendant cette superpurgation, les douleurs articulaires diminuaient; puis elles reprenaient de plus belle, dès qu'on cessait l'usage du colchique, ou qu'on en donnait une dose moindre.

Dès l'invasion du rhumatisme articulaire, le jeune Corbin, sur les interrogations de M. Chomel, avait déclaré que son père, qui avait été vingt-trois ans soldat, était très sujet aux rhumatismes, et que, lui, il avait déjà subi plusieurs attaques; une première, à treize ans, assez légère, et bornée aux jambes; puis une seconde, à quatorze ans, laquelle l'avait tenu au lit environ six mois, et avait été remarquable par l'excessive mobilité des douleurs, qui voyageaient d'un membre à l'autre, attaquaient les doigts, les abandonnaient pour se transporter à l'épaule, allaient de là aux pieds, etc.

Le 5 décembre, les douleurs articulaires se trouvant fort diminuées, les palpitations de cœur reparurent. Pendant les jours suivans, les douleurs articulaires s'éteignirent complètement, et les palpitations continuèrent : celles-ci, cependant, finirent aussi par céder à la digitale, dont on reprit l'usage.

Vers le milieu de janvier, le malade se trouva passablement bien, et voulut sortir. *Exeat*, le 20 janvier 1834.

Une influence épidémique ne peut-elle pas aussi,

de même que l'influence héréditaire, enlever aux impubères le privilége ordinaire et naturel qu'ils ont d'être préservés du rhumatisme articulaire et de la goutte? Citerons-nous, à l'appui d'une décision affirmative, l'épidémie de goutte dont parle Athénée, et qui, d'après le récit de cet auteur (voir plus bas, *même article*, sect. II, § XIII), n'aurait épargné ni les eunuques, ni les femmes, ni les jeunes garçons et jeunes filles impubères, et aurait même sévi jusque sur les troupeaux de moutons? Mais le fait a-t-il toute l'authenticité désirable?

Quoi qu'il en soit, le rhumatisme articulaire est donc une exception dans l'enfance, et une exception d'autant plus rare à rencontrer qu'on voudra la trouver plus en deçà de la puberté. Nous ne partageons pas là-dessus l'opinion paradoxale du docteur Teilhard-la-Terrisse, qui a pris pour sujet de sa thèse inaugurale l'arthrite aiguë des nouveau-nés (*Thèses de Paris*, 1833, nº 337), et qui a prétendu que cette affection était beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément. Cette dissertation, pour quiconque la lira attentivement, ne nous paraît point du tout propre à démontrer, je ne dirai pas la fréquence, mais l'existence réelle de la maladie en question. Les trois observations recueillies dans le service de M. Baron, sur lesquelles l'auteur s'appuie, sont intéressantes, sans doute, mais ne sont rien moins que concluantes dans le sens de la thèse. En effet, point de symptômes articulaires ne furent remarqués durant le cours de la vie dans aucun de ces trois cas. L'idée d'une arthrite ne vint qu'à l'autopsie, parce qu'on trouva du pus dans les

articulations. Mais, dans deux de ces cas, il y avait aussi du pus dans d'autres parties, dans le parenchyme des poumons, dans les espaces intermusculaires. N'étaient-ce donc pas là des cas d'infection purulente plutôt que des cas d'arthrite véritable et idiopathique ? A coup sûr, nous ne pouvons les admettre comme cas d'arthrite rhumatismale, tant à raison de l'absence de douleur pendant la vie, qu'à raison de la suppuration trouvée, à l'autopsie, dans les cavités articulaires.

Finissons ce qui est relatif à la rareté du rhumatisme articulaire chez les enfans du premier âge, en rappelant comment Bichat se rendait compte du fait. Il en trouvait une explication toute simple dans la mollesse même du système fibreux à cette période de la vie. Il pensait que ce système, qui, à ses yeux, était probablement le siége spécial du rhumatisme, n'avait pas encore acquis son mode propre de vitalité, et par conséquent n'était pas encore apte à développer les maladies à lui propres.

Quel est le sexe le plus sujet aux affections rhumatismales articulaires et à la goutte ? C'est, incontestablement, le sexe mâle. Mais il n'y a rien de plus erroné aujourd'hui que cet aphorisme hippocratique (sect. VI, *aphor.* 29), où il est dit : « *La femme n'a la goutte qu'après la cessation des règles* (1). » Arétée, Galien, et avant eux Sénèque même, qui n'était pourtant pas médecin, en avaient reconnu la fausseté, du moins quant aux femmes

(1) Γυνὴ οὐ ποδαγριᾶ, ἢν μὴ τὰ καταμήνια αὐτέη ἐκλίπῃ.

de leur temps. Mais plutôt que d'accuser Hippocrate d'erreur, attribuerons-nous, avec le philosophe latin, à la dépravation des mœurs la perte d'un privilége naturel au sexe féminin? Quoi qu'il en soit, je cède au plaisir de reproduire l'énergique et pittoresque passage de Sénèque.

« Le plus grand des médecins, le créateur de » l'art, a dit que les femmes ne devenaient ni chauves ni goutteuses. Or, aujourd'hui leurs cheveux » tombent et leurs pieds sont pris de goutte. Les » femmes n'ont pas changé de nature, mais de vie; » car, devenues les égales des hommes en fait de licence, elles le sont aussi devenues en fait d'infirmités corporelles. Leurs veilles ne sont pas moins » prolongées, leurs excès de boisson ne sont pas » moindres. En dépenses d'huile et de vin, elles » portent défi aux hommes. Elles rejettent également par régurgitation la surcharge de leurs entrailles, et rendent en vomissemens tout ce qu'elles » ont avalé de vin; elles mangent également de la » neige pour apaiser les ardeurs de leur estomac. En » libertinage, elles ne le cèdent pas non plus au sexe » masculin, elles, nées pour un autre rôle. Maudites soient-elles! tant est monstrueux leur nouveau genre de débauche! elles se font hommes. » Qu'y a-t-il donc d'étonnant que le plus grand des » médecins, le plus habile observateur de la nature, soit convaincu d'avoir dit faux, puisque tant » de femmes sont goutteuses et chauves? C'est qu'elles » ont perdu, à force de vices, le privilége de leur » sexe; et comme elles n'ont presque plus rien de

» féminin, elles sont condamnées aux maladies de
» l'autre sexe (1). »

Il est clair que de pareilles mœurs étaient bien faites pour multiplier considérablement les affections rhumatismales et goutteuses parmi les femmes dans les rangs à la fois les plus élevés et les plus corrompus de la société romaine sous les empereurs, de manière à donner un éclatant démenti à l'aphorisme du père de la médecine. Nous croyons, toutefois, que le sexe féminin, encore moins que l'enfance, n'a jamais joui d'une immunité absolue. Et si nous voyons toujours la goutte être plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, cela tient, sans doute, moins à la diversité de constitution de l'un et l'autre sexe qu'à la diversité du genre de vie. C'est, en effet, le sexe masculin qui est le plus adonné aux excès de veille, de gourmandise, d'ivrognerie et de libertinage; c'est lui aussi qui est

(1) Maximus ille medicorum, et hujus scientiæ conditor, feminis nec capillos defluere dixit, nec pedes laborare. Atque hæ jam, et capillis destituuntur, et pedibus ægræ sunt. Non mutata feminarum natura, sed vita est. Nam quum virorum licentiam æquaverint, corporum quoque virilium vitia æquaverunt. Non minùs pervigilant, non minùs potant, et oleo et mero viros provocant : æquè invitis ingesta visceribus per os reddunt, et vinum omne vomitu remetiuntur : æquè nivem rodunt, solatium stomachi æstuantis. Libidine verò, nec maribus quidem cedunt, pati natæ. Dii illas deæque male perdant : adeò perversum commentæ genus impudicitiæ : viros ineunt. Quid ergò mirandum est, maximum medicorum ac naturæ peritissimum, in mendacio prehendi, quum tot feminæ podagricæ calvæque sint? Beneficium sexûs sui vitiis perdiderunt; et quia feminam exuerunt, damnatæ sunt morbis virilibus. Senec. Epist. XCV.

le plus sujet à passer brusquement d'une existence active à une existence sédentaire, transition non moins favorable que les excès même de tout genre à la production du rhumatisme articulaire et de la goutte.

Quelques auteurs, dont le respect pour l'autorité d'Hippocrate allait jusqu'à la superstition, et qui se refusaient à jamais trouver en défaut ce grand homme, ont cherché à réhabiliter l'aphorisme en l'interprétant, et l'ont tenu pour vrai en ce sens que les femmes ne seraient atteintes de goutte qu'autant qu'il y a, sinon cessation définitive et naturelle de la menstruation, du moins dérangement accidentel de cette fonction. Mais cela même est démenti par des faits nombreux. Nous ne sommes que dans l'embarras du choix pour la citation. Cette femme goutteuse qui fait le sujet de la 51me cure de la IVme centurie d'Amatus Lusitanus, et dont nous avons parlé à propos de l'hérédité, avait toujours été très régulièrement menstruée. M. le docteur Ferrus, dans son article *Goutte* du *Dictionnaire de Médecine* (t. X, p. 314, en 21 vol.), dit avoir sous les yeux quatre malades goutteuses chez lesquelles la menstruation était très régulière, quoique la maladie durât depuis plusieurs années. J'ai moi-même rencontré un semblable cas de coïncidence de la diathèse goutteuse avec une menstruation régulière chez une dame de mes clientes.

A en croire quelques auteurs, à la tête desquels se trouve Hippocrate (1), les eunuques, ces êtres

(1) Εὐνοῦχοι οὐ ποδαγριῶσιν, οὐδὲ φαλακροὶ γίνονται. — Ιπποκρ. Αφορισμ. VI. 28. « Les eunuques n'ont pas la goutte et ne deviennent point chauves. »

de sexe neutre, auraient le privilége d'être exempts de la goutte; mais c'est une assertion que nous ne voulons pas garantir. Il est, au contraire, des témoignages positifs à opposer à ce témoignage négatif. Sans nous fonder ici sur l'arthrite épidémique dont nous avons parlé ci-dessus, et à l'abri de laquelle les eunuques en général n'auraient point été, nous n'aurions qu'à citer le cas bien nettement et bien particulièrement spécifié de cet eunuque turc, âgé de quarante ans, qu'Antoine Musa Brassavole vit à Venise, et qui était tourmenté par des douleurs articulaires (Ant. M. Brassavole, *ad aphor.* 28, sect. VI.); car mille faits positifs ne sauraient prévaloir contre un seul fait négatif, que nulle raison valable n'autorise à révoquer en doute.

Aucun tempérament n'est à l'abri des affections rhumatismales et goutteuses. Toutefois, quelques médecins ont avancé que le tempérament sanguin y est le plus exposé. M. Chomel, lors de son internat, fit le relevé comparatif de tous les cas de rhumatisme articulaire, afin de confirmer ou d'infirmer cette assertion, et il obtint, il est vrai, un résultat confirmatif. Sur soixante-douze rhumatisans qu'il recensa sous ce point de vue, cinquante-trois avaient le tempérament sanguin, savoir: dix-neuf, le tempérament sanguin pur; vingt, le tempérament lymphatico-sanguin; quatre le tempérament nervoso-sanguin; dix, le tempérament bilioso-sanguin: quatorze avaient le tempérament lympathique, trois avaient le tempérament nerveux, et deux autres, enfin, le tempérament bilieux. Cette prédominance évidente du tempérament

sanguin est d'autant plus à remarquer, que M. Chomel ne trouva rien de pareil à signaler sous le rapport des autres conditions individuelles d'organisation. Ainsi, sur ces mêmes soixante-douze individus, trente-quatre avaient une constitution forte; onze, une constitution faible ; vingt-sept, une constitution de force moyenne : treize étaient gras, dix-neuf étaient maigres, quarante étaient d'un embonpoint médiocre. Sur soixante et un d'entre eux, seize avaient une stature élevée ; vingt-deux, une stature petite; vingt trois, une stature moyenne : quatorze avaient le teint brun ; dix-sept, le teint pâle ; vingt-sept, le teint clair mais animé; trois, un teint mal caractérisé ; enfin, dix-neuf avaient les cheveux noirs; vingt-sept, les cheveux châtains; quinze, les cheveux blonds. Or, en tout cela, eu égard au nombre total des individus observés, les divers nombres partiels n'offrent entre eux que des différences insignifiantes qui ne permettent aucune induction ni même aucune présomption.

Mais, pour que les résultats des relevés sur l'influence relative des tempéramens eussent réellement quelque valeur étiologique, il faudrait auparavant avoir la statistique des tempéramens dans les différens climats. Car, par exemple, là où les tempéramens sanguins sont en majorité, comme en France, il est clair que c'est parmi eux qu'on rencontre le plus grand nombre de cas d'une maladie donnée, indépendamment de la part d'influence que tel ou tel tempérament a dans la production de cette maladie. Or, l'immense statistique que nous demandons, n'a pas encore été dressée : c'est

un long et difficile travail, qui ne peut être entrepris que par des médecins qui voyageraient longtemps dans les contrées les plus opposées. Les médecins d'armées, par exemple, pourraient le faire avec quelque succès.

Hippocrate a dit vers la fin du second livre du *Prorrheticon*, (1), et beaucoup d'autres ont répété après lui, que ceux qui ont été sujets à l'épistaxis dans leur enfance et leur jeunesse, sont particulièrement prédisposés aux douleurs articulaires. Enquête faite de cette circonstance dans les observations des soixante-douze rhumatisans dont nous venons de voir le relevé sous le rapport du tempérament, voici à quel résultat M. Chomel est parvenu : vingt-trois avaient eu des épistaxis ; dix-neuf affirmaient positivement n'en avoir jamais eu ; chez les trente restans, l'existence ou l'absence des épistaxis est inconnue. Ainsi donc, un tiers des malades se trouverait dans la condition signalée par Hippocrate, ce qui, certes, est une proportion notable. Mais, pour qu'un tel résultat pût acquérir toute sa valeur, il faudrait, en faisant ce relevé sur une plus grande échelle, dresser aussi de semblables relevés sur l'existence ou l'absence du même précédent dans l'histoire de beaucoup d'autres maladies diverses.

Enfin, l'oisiveté est aussi une des circonstances qui paraissent le plus propres, sinon à engendrer la prédisposition rhumatismale et goutteuse, du moins

(1) Γίνεται δὲ τὸ νούσημα τοῦτο, οἷσιν ἐν τῇ παιδίῃ τε καὶ νεότητι ξύνηθες ἐὸν αἷμα ῥεῖν ἐκ τῶν ῥινῶν πέπαυται.

à l'accroître et à en déterminer fréquemment la manifestation effective. Ponsard remarquait, dans le siècle dernier, que la plupart des religieux étaient affectés de rhumatisme (page 481.) L'oisiveté, d'ailleurs, a une influence d'autant plus marquée qu'elle succède à une vie active, et qu'elle s'unit à la bonne chère. C'est ce qu'on a si souvent occasion de remarquer chez les anciens militaires, chez les négocians enrichis et retirés des affaires, etc., etc. (Voir la VIIIe observ.)

L'état puerpéral paraîtrait aussi constituer une sorte de prédisposition rhumatismale, à en juger par la fréquence relative des cas de rhumatisme articulaire chez les nouvelles accouchées. (Voir, par exemple, les Xe et XVIe observ.) Serait-ce simplement à raison du flux lochial, si sujet à se supprimer brusquement, et dont la suppression, comme celle de tant d'autres évacuations naturelles ou artificielles, agirait comme cause déterminante?

Mais, il faut l'avouer, en résumé définitif, toutes les causes prédisposantes du rhumatisme articulaire sont environnées d'incertitude et d'obscurité. Sans doute, les affections rhumatismales et goutteuses se développeront le plus souvent dans les conditions sus-mentionnées; mais elles ne s'y développeront ni infailliblement ni exclusivement. Malgré la réunion de toutes ces conditions, elles peuvent quelquefois ne point se manifester; d'autres fois, au contraire, en l'absence de ces mêmes conditions, elles peuvent envahir l'économie.

§ II. Causes occasionnelles ou déterminantes.

Quant aux causes occasionnelles, elles n'ont qu'une importance secondaire. A quoi bon accuser, dans une longue et banale énumération, l'impression du froid, les émotions morales, les écarts de régime, la suppression des règles, etc., etc., etc. Toutes ces causes, dites déterminantes, qui, à elles seules, ne déterminent rien, ou qui déterminent indifféremment toute espèce de maladie, n'ont véritablement pas plus de valeur ici que dans les inflammations qu'on nomme spontanées. Le même sujet, chez qui elles paraissent avoir produit le développement de la maladie, se sera maintes fois auparavant, dans le cours de sa vie, impunément exposé à leur action. Elles sont comparables à l'étincelle, qui, par elle-même, n'a pas de puissance destructive, et s'éteint presque aussitôt qu'elle brille, mais qui entraîne les suites les plus terribles en tombant sur une charge de poudre.

Nous nous serions bornés sur ce point à ce peu de paroles, si l'on n'avait pas prétendu dernièrement que le froid humide est la cause déterminante par excellence, la cause unique et constante. (M. Bouillaud, *Recherches nouvelles*, p. 88, en note, et p. 91.) C'est une exagération déjà mise en avant par Giannini, déjà bien des fois réfutée par maint et maint observateur, et qui ressuscite cependant avec bruit aujourd'hui.

Oui, cent fois oui, le passage subit du chaud au froid est l'occasion la plus ordinaire du rhumatisme articulaire. Oui, l'on peut y réduire en dernière

analyse une foule de cas divers. Oui, bon nombre d'individus sont atteints après s'être exposés à l'air froid en sortant du lit le matin; après avoir dormi dans un appartement dont on aura laissé, la nuit, les fenêtres ouvertes, à l'époque des grandes chaleurs; après s'être plongé le corps tout en sueur dans l'eau froide; après avoir laissé sécher la pluie sur leurs vêtemens tout mouillés (Ire observ.); après avoir substitué mal à propos les vêtemens légers aux vêtemens chauds; après avoir respiré l'air froid, ou avalé une boisson froide, à la suite d'exercices violens qui auront échauffé le corps; après avoir couché sur l'herbe fraîche ou la terre humide; après s'être refroidis brusquement en se déshabillant, ou en descendant dans une cave ou dans une glacière (IVe observ.); etc., etc. Tout cela, nous le savons et nous le croyons sur le témoignage des auteurs et d'après notre expérience personnelle. A toutes les observations que nous rapportons ici, et où ce genre de cause s'est montré, nous signalons cette étiologie dans la récapitulation initiale.

Mais que l'on remarque, d'un autre côté, l'absence de cette cause dans beaucoup d'autres observations. Est-ce à dire que nous ayons négligé d'interroger nos malades là-dessus? Non, sans doute. Mais c'est que la cause en question n'est pas aussi universelle qu'on le prétend. Depuis que la controverse s'est élevée sur ce point, on s'est enquis avec un soin tout particulier, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, si les rhumatismes articulaires aigus qu'on a eu à y traiter, avaient été ou non précédés d'un refroidissement. Hé bien, le résultat de cette

enquête n'est point d'accord avec celui de la clinique de la Charité. Sur les neuf cas qui se sont présentés dans le premier trimestre du cours (novembre et décembre 1835, janvier 1836), il ne s'en trouve que deux dans lesquels le froid ait paru agir comme cause déterminante. (Voir le compte-rendu de M. le docteur Grisolle, chef de clinique, dans le *Journal hebdomadaire*, 1836, n° 13.)

Ainsi donc, l'impression du froid sur l'économie n'est pas un antécédent constant et nécessaire dans la production du rhumatisme articulaire aigu. Et lors même que cet antécédent existe, qu'y a-t-il là, en vérité, qui soit particulier au rhumatisme articulaire, et qu'on ne doive tout aussi bien, et peut-être même à meilleur droit, signaler à l'égard de l'angine, du catarrhe pulmonaire, de la pleurésie, de la pneumonie, etc., etc.? Si l'action subite et momentanée du froid est une des occasions ordinaires de la maladie qui nous occupe, c'est qu'en effet c'est là aussi une occasion ordinaire et commune d'une foule de maladies. Et nous pensons même que, considéré comme cause déterminante, le froid humide a bien moins d'importance, bien moins de valeur propre, dans l'étiologie des rhumatismes articulaires, qu'on ne doit lui en attribuer quand on le considère comme cause prédisposante à raison de la prolongation indéfinie ou du fréquent renouvellement de son insalubre influence. C'est sous ce dernier point de vue, développé dans le paragraphe précédent, que le froid humide nous paraît surtout en rapport intime de causalité avec les affections rhumatismales. M. Bouillaud, tout en

exagérant le premier point de vue, mais en s'y bornant, a rabaissé, à vrai dire, et non pas exalté, l'importance étiologique du froid.

Nous pourrions bien, à notre tour, employer le langage un peu dur dont on nous a donné l'exemple. Nous pourrions bien dire, à titre de justes représailles dans la forme, et à bon droit quant au fond, que c'est une étrange *manie de lèse-observation* que de ne vouloir avouer comme cause occasionnelle du rhumatisme que la seule action du froid. Nous éprouvons, nous aussi, une sorte de *pudeur médicale* à retracer ici une foule d'autres causes occasionnelles, qui, pour la plupart, sont évidentes comme le jour, et dont l'authenticité va même jusqu'à la trivialité.

Et d'abord, il est d'observation commune que le rhumatisme articulaire a quelquefois pour cause occasionnelle la suppression des évacuations tant naturelles qu'artificielles ou anomales : l'aménorrhée, par exemple, ou bien l'irrégularité et la diminution du flux menstruel ; la brusque suspension de la sécrétion lactée et des lochies ; la rétrocession des flueurs blanches, ou du flux hémorrhoïdal; la guérison inopportune d'un vieil ulcère; l'omission d'une saignée habituelle ; le refoulement d'une épistaxis, d'une hémoptysie, ou de toute autre hémorragie, à l'aide d'une médication astringente mal à propos employée, etc., etc. Le témoignage des auteurs les plus recommandables, comme Stahl, Hoffmann, Storck, etc., et, ce qui vaut mieux encore, la pratique journalière en fait foi. Ainsi, dans notre IIIme observation, c'est bien l'aménorrhée

qui doit être signalée comme cause occasionnelle. Dans la VIIIme, l'irrégularité du flux menstruel ne nous paraît certainement pas sans influence. Ce fut, comme je l'ai dit plus haut, à la rétropulsion d'une épistaxis que succéda le rhumatisme articulaire aigu dont je fus atteint. Citons encore comme exemple particulier, ressortissant à la même catégorie, mais comme fait plus rare, un cas de rhumatisme articulaire consécutif à la suppression d'une diarrhée par l'intermède d'astringens énergiques : cas rapporté par Joseph Lanzoni dans les *Ephémérides des curieux de la nature*, centurie IX, obs. 10. Nous pourrions multiplier les citations; car les faits de ce genre abondent dans les fastes de la science. Mais nous ne voulons pourtant pas abuser de la patience de nos lecteurs pour démontrer une vérité trop vraie, qu'un esprit distingué a pourtant oublié un moment en se laissant préoccuper d'une idée générale et absolue.

Dans la collection des observations inédites de M. Chomel, il se trouve deux cas dans lesquels l'abus de l'excrétion spermatique paraît bien plutôt que le froid et l'humidité avoir servi de cause déterminante. En voici l'extrait, en ce qui est relatif à l'étiologie. Le malade de la cinquantième observation était un scieur de pierre, exposé depuis long-temps à toutes les intempéries atmosphériques, et qui n'en avait éprouvé jusque là aucune incommodité : au mois de février 1813, il fut attaqué d'un rhumatisme articulaire assez intense, à la suite d'excès inaccoutumés dans les plaisirs de l'amour. L'autre malade, objet de la soixante-sep-

tième observation, était un nouveau marié : depuis plusieurs années il couchait impunément dans des écuries étroites et humides : ce n'est que dans l'hiver qui suivit son mariage qu'il fut pris, pour la première fois, d'un rhumatisme articulaire aigu, et cela, très probablement, à cause des prouesses de la lune de miel. Dans ces deux cas, il y a donc grande raison de croire que l'influence habituelle du froid humide fut surtout une cause prédisposante, et que l'abus accidentel et extraordinaire des facultés génitales fut la principale cause déterminante.

En compulsant un grand nombre d'histoires particulières de rhumatisme articulaire aigu, on trouve encore beaucoup d'autres causes occasionnelles de différens genres à signaler. Mais, encore un conp, nous ne voulons qu'indiquer la vérité à nos lecteurs, et non pas la développer jusqu'à satiété.

Mettant donc de côté tout ce qui est trop vrai, trop clair, trop banal, venons-en, pour terminer le point de vue qui nous occupe dans ce paragraphe-ci, à la coïncidence assez remarquable, et pourtant jusqu'à présent peu remarquée, de la fièvre rhumatismale dans le déclin de certains cas de scarlatine. Je ne sache pas, en effet, qu'il en ait été fait mention ailleurs que dans quelques pages de journaux, savoir: par M. le docteur Pidoux, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 3e année, p. 27 ; par le docteur Murray, dans le *Journal médico-chirurgical d'Edimbourg*, t. 33 ; et tout récemment par M. le docteur Grisolle, dans le *Journal hebdomadaire (loc. citat.)*. M. Pidoux,

sur huit cas où l'éruption scarlatineuse n'avait pas été très prononcée, a vu six fois le rhumatisme articulaire se déclarer peu de temps après la disparition des plaques rouges. Deux exemples d'une telle coïncidence se sont offerts, dans le premier trimestre de l'année scholaire 1835-36, à la clinique de l'Hôtel-Dieu; en voici les observations, telles qu'elles ont été déjà publiées par M. Grisolle dans le compte-rendu plus huat cité.

VIIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme aigu, articulaire et musculaire, survenu PENDANT UNE SCARLATINE RÉGULIÈRE. Hérédité rhumatismale nulle. Nul refroidissement. Point de signes concomitans de péricardite ou d'endocardite. Guérison du rhumatisme au bout de cinq jours, à la suite d'une application de 15 sangsues et d'une saignée de dix onces.

Dominique Grandjean, âgé de vingt ans, domestique, d'une très forte constitution, n'a jamais été malade; il est soumis à des conditions hygiéniques favorables, et est issu de parens qui n'ont jamais eu d'affections rhumatismales. Le 2 novembre dernier (1835), il éprouve du malaise, de la céphalalgie; il se plaint de mal à la gorge, ses yeux deviennent larmoyans, il a une fièvre intense; ces accidens persistent les jours suivans, et le 5 novembre une rougeur scarlatineuse a envahi toute la surface du corps. Entré ce jour même à la clinique, on constate l'existence d'une scarlatine miliaire simple, des mieux caractérisées.

Le malade reste dans son lit. Il n'avait été exposé

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

à aucune cause de refroidissement, lorsque le 8, époque à laquelle la rougeur scarlatineuse commençait à pâlir, notre malade se plaint de remuer avec peine le bras gauche ; il accuse des douleurs vives dans les portions charnues de tout le membre, et dans celles qui recouvrent les fosses sus-et-sous-épineuses. Le soir, il survient du gonflement au poignet gauche, le coude correspondant est douloureux à la moindre pression. Ces articulations ne sont ni rouges ni tuméfiées. La peau est chaude, le pouls bat 90 fois à la minute. (*Viol. miell.; lav.;* 15 *sangsues derrière les oreilles,* pour combattre une céphalalgie vive, dont se plaint le malade).

Le 9, les poignets, les coudes, les articulations tibio-tarsiennes, sont extrêmement douloureuses; le plus léger contact exaspère les souffrances. Il y a de la rougeur, de la tuméfaction, et beaucoup de douleurs dans l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce; le pouls est à 100, il est large, dur et régulier; la respiration, pure partout, s'entend distinctement à la région précordiale. Celle-ci examinée avec soin ne présente point de voussure. Les battemens du cœur sont distincts, rapprochés de l'oreille; ils ne s'accompagnent d'aucun bruit anormal. La chaleur est halitueuse; la rougeur scarlatineuse est presque éteinte, la céphalalgie n'existe plus. Rien à noter vers le tube digestif. (*Saignée de dix onces; cataplasme sur les articulations; viol. miell.; diète.*)

Le 10, le pouls est à 80, il conserve sa dureté; les douleurs ont complètement abandonné les membres inférieurs, elles occupent les poignets,

les coudes, et les épaules, où elles sont encore très intenses; rien à noter du côté du cœur. (*Viol.; lav.;.cat.*)

Le 11, le pouls large, bat 58 fois; les poignets sont libres; le malade n'éprouve que quelques légères douleurs dans les épaules et les coudes, il a de l'appétit.

Le 12, toutes les douleurs articulaires ont complètement cessé.

L'exfoliation de l'épiderme est en pleine activité le 16.

Le malade sort le 28 sans avoir eu de récidive et sans en être menacé. Le cœur examiné tous les jours ne nous a présenté aucune modification particulière dans son rhythme, dans la sonoréité de ses battemens, etc. Le malade n'a jamais eu de l'essoufflement.

VIIIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme musculaire et articulaire coïncidant AVEC UNE SCARLATINE A ÉRUPTION DOUTEUSE. Causes prédisposantes : transition d'une vie active à une vie plus sédentaire : alimentation plus substantielle qu'auparavant. Causes occasionnelles : irrégularité du flux menstruel : scarlatine? Point de symptômes de péricardite ni d'endocardite. Paralysie momentanée (*Rhumatismale?*) de la main gauche.

Catherine, âgée de 20 ans, couturière, d'une très forte constitution. Depuis 4 mois qu'elle habite Paris, elle fait moins d'exercice, elle a une nourriture plus substantielle que dans son pays. Depuis quelque temps ses règles ont éprouvé quelques retards dans leurs époques.

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

Entrée le 15 janvier (1836) à la clinique, elle accuse sept jours de maladie.

Cette maladie a débuté, le 8, sans cause appréciable par un frisson, par des douleurs lombaires qui se sont propagées dans la continuité des jambes et des bras. Dans les premiers jours, les mains ont été tuméfiées et peut-être rouges. Elle a eu de la céphalalgie sans épistaxis, quelques étourdissemens, des coliques et un peu de dévoiement.

Aujourd'hui (15 janvier), elle se plaint vivement des lombes, des membres supérieurs et inférieurs qu'elle peut à peine remuer. On ne trouve rien d'appréciable à l'extérieur, si ce n'est une rougeur érysipélateuse diffuse sur le dos des pieds, et un petit abcès dans l'aisselle droite, survenu spontanément. Douleurs générales de l'abdomen, langue un peu rouge et collante, râle sibilant dans la poitrine, pouls de 116 à 120. Rien de pathologique du côté du cœur. (*Saignée de douze onces.*)

Le 16, douleurs bornées dans les genoux, sans tuméfaction; langue un peu rouge et sèche; dévoiement; piqueté rouge dans les régions inguinales; pouls 120. (20 *sangsues à l'anus.*)

Le 17, il n'y plus que de faibles traces des rougeurs piquetées des aînes; l'épaule gauche est douloureuse; la sensibilité du ventre diminuée (*Saignée de douze onces.*)

Le 18, sensibilité et gonflement du pied et du genou gauches, insensibilité complète de la main gauche: cette paralysie du sentiment remonte jusqu'au poignet, qui est douloureux et tuméfié. La malade remue les doigts sans pouvoir serrer aucun

objet. Il n'y a aucun symptôme indiquant une affection cérébrale. Deux heures après, la sensibilité et la motilité étaient intactes dans la main gauche.

Le 19, rien à noter.

Le 20, la desquammation des régions inguinales se fait par plaques de deux à trois lignes. L'épiderme des mains et des pieds est rugueux, il se détache par lambeaux.

Les jours suivans, la desquammation continue; la fièvre tombe; les douleurs restent bornées dans le genou gauche, mais elles sont à peine marquées, et elles n'empêchent pas la malade de se promener toute la journée. Cette même douleur persiste encore le 8 février, époque à laquelle cette femme a quitté l'hôpital. Le cœur n'a jamais présenté de phénomène morbide.

Vers cinq ou six semaines après, cette femme se trouvait bien portante.

La complication du rhumatisme avec la scarlatine n'était-elle due, dans les cas précédens et autres semblables, qu'à une fortuite coïncidence. Cela est d'autant moins probable que cette complication a été observée épidémiquement par le docteur Murray. D'après la description que ce médecin anglais a donnée (*loc. citat.*), l'éruption cutanée se montrait précédée de symptômes fébriles irréguliers, et suivis d'une affection rhumatismale. La scarlatine ne pourrait-elle donc pas être officiellement rangée parmi les causes occasionnelles du rhumatisme articulaire, à tout aussi bon droit qu'elle figure

depuis long-temps parmi celles de l'anasarque? Devrait-on voir, d'ailleurs, dans l'influence étiologique de la scarlatine quelque chose de spécifique? Ou bien cette maladie n'agirait-elle en dernière analyse qu'en entravant et en supprimant la transpiration cutanée? Dans cette dernière hypothèse, il n'y aurait donc à voir là qu'une manifestation toute simple d'une loi générale; ce ne serait qu'une des nombreuses formes sous lesquelles la suppression d'une excrétion quelconque, naturelle ou artificielle, devient la cause occasionnelle d'un rhumatisme articulaire. Quoi qu'il en soit, nos lecteurs nous sauront gré, je l'espère, d'avoir appelé et arrêté quelque temps leur attention sur une complication pathologique, et, partant, sur une question étiologique qu'aucun des traités les plus modernes n'a encore signalées, et qui cependant sont bien dignes, la première, d'être connue, la seconde, d'être, sinon résolue, au moins posée et discutée.

SECTION II.

DESCRIPTION DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

§ Ier.—Prodromes et invasion.

D'ordinaire, le rhumatisme articulaire ne débute pas sans préludes. Les malades éprouvent un sentiment obscur de gêne, d'engourdissement ou même d'irritation, un certain degré de raideur, dans les articulations qui doivent se rhumatiser. C'est en général à l'instant du réveil et au sortir du lit, ou bien lorsque après avoir un peu marché et s'être reposés quelques instans ils veulent marcher de nouveau, que la raideur de ces articulations leur devient sensible. Ils y portent souvent la main instinctivement et comme automatiquement pour se frotter; eux-mêmes peuvent ne pas s'en apercevoir : on leur en fait quelquefois la remarque avant qu'ils se la soient faite à eux-mêmes.

Voilà pour les prodromes locaux. Voici maintenant pour les prodromes généraux.

Courbature générale, horripilations; puis chaleur brûlante, face animée, pouls fort et fréquent, céphalalgie, insomnie, langue sèche et rouge, soif ardente, urines rouges, etc. Telle est la scène fébrile qui devance la manifestation des symptômes locaux du rhumatisme articulaire. En général, cette fièvre d'invasion est d'autant plus longue et d'autant plus intense, que l'affection doit être plus grave quant au nombre des articulations enflammées et quant à la violence de leur inflammation. D'après

ce principe, on pourra se guider avec quelque succès dans le pronostic.

C'est après ces préludes qu'une ou plusieurs articulations deviennent douloureuses, chaudes, rouges et gonflées, en un mot, s'enflamment.

Le rhumatisme peut, en effet, se fixer sur une seule articulation, ou du moins se borner à quelquelques-unes : c'est le *rhumatisme articulaire partiel*, dans lequel le mouvement fébrile est nul ou peu intense. Ou bien il peut y avoir à la fois plusieurs articulations qui soient prises, avec un très haut degré de réaction fébrile : c'est le *rhumatisme articulaire aigu général*, que pour plus de brièveté, et peut-être même avec plus de justesse, on nomme aussi *fièvre rhumatismale*.

Quoi qu'il en soit des phénomènes généraux et précurseurs, l'inflammation même de l'articulation ne se produit point tout à coup, mais peu à peu. La douleur, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction surviennent et s'accroissent graduellement. Il y a cependant des cas où le mal se manifeste sur-le-champ avec la plus vive intensité. M. Chomel s'est borné à citer, dans sa thèse inaugurale, un malade qui, au milieu de la rue, fut subitement atteint de rhumatisme à l'un et l'autre genou, au point d'être obligé de se coucher à l'instant même sur le pavé, et de se faire porter chez lui sur un brancard. Le cas est assez rare et assez curieux pour que nous jugions à propos de reproduire ici l'observation tout entière.

IXe OBSERVATION (1).

Rhumatisme non héréditaire. Première attaque à 66 ans. Cause prédisposante probable : habitation dans une atmosphère humide et sombre. Invasion brusque et soudaine dans la rue. Depuis, douleurs rhumatismales presque continues.

Le 7 janvier 1812, entre à la Charité, salle Saint-Louis, n° 49, Ferrier (Charles-Philippe), bonnetier, âgé de 68 ans, demeurant place Maubert.

Cet homme, d'un tempérament sanguin, d'une constitution encore assez forte, d'un embonpoint médiocre et d'une petite stature, est né de parens non rhumatisans, et a joui d'une santé presque parfaite jusqu'à l'âge de soixante-six ans. A cette époque, il fut pris, un jour d'été, de douleurs subites dans les genoux pendant qu'il marchait dans la rue, et il fut obligé de se laisser tomber et de se faire porter chez lui. Il y demeura alité pendant quatre semaines, après quoi il se fit conduire à l'Hôtel-Dieu, où il resta trois mois, et d'où il sortit bien guéri. Il habitait alors un premier étage dans une rue étroite et humide (la rue Phelippeaux). Deux mois après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il éprouva des douleurs à la plante des pieds, lesquelles douleurs durèrent sept à huit semaines. Depuis lors, les douleurs se firent presque toujours sentir quelque part, sans que la digestion ni aucune fonction principale se dérangeât. Ce n'est que depuis deux mois que s'est joint seulement un catarrhe pulmonaire aux douleurs rhumatismales.

(1) Recueillie par M. Chomel.

Il y a quatre jours, Ferrier fit une chute sur le côté droit. Il entra à l'hôpital pour se faire soigner de sa contusion, ainsi que de ses douleurs à l'un et l'autre genou. Après plus de trois mois de séjour dans la salle Saint-Louis, il fut transféré, le 13 avril, dans un autre hospice, sans être complètement guéri de ses douleurs.

Hâtons-nous de dire maintenant qu'une invasion si subite, si imprévue, est une exception à la règle, et une exception très extraordinaire. La plupart du temps, de légères douleurs articulaires et un malaise général servent d'avertissement, et préviennent une si fâcheuse surprise. C'est d'ailleurs pendant la nuit que la maladie débute le plus ordinairement, comme aussi c'est presque toujours pendant la nuit qu'elle émigre d'une articulation dans une autre, et que ses paroxysmes ont lieu.

§ II.— Symptômes locaux (articulaires, ou *arthritiques* proprement dits).

La douleur que produit le rhumatisme articulaire est susceptible d'une infinité de degrés et de nuances quant à son caractère, quant à son intensité, quant à son type de continuité ou d'intermittence, et, enfin, quant à l'étendue de son siége et de ses irradiations. Mais, outre la douleur, symptôme que le rhumatisme articulaire a de commun avec le rhumatisme musculaire, il y a d'ordinaire en surplus dans celui-là chaleur intérieure, ou même manifeste à l'extérieur, rougeur à la peau, et gonfle-

ment, comme nous l'avons déjà dit précédemment.

Presque toujours la chaleur à la peau, la rougeur et le gonflement co-existent à la périphérie de la même articulation, mais ils n'y sont pas également intenses dans tous les points. Ils sont à leur summum d'intensité, surtout au milieu, et de là vont diminuant presque insensiblement.

La rougeur cutanée, à parler rigoureusement, existe souvent en réalité là où elle manque en apparence au premier abord. Quelques auteurs ont remarqué que la tache blanche qu'on produit sur la peau par la pression du doigt, paraît bien plus blanche sur une partie affectée de rhumatisme que sur une partie saine. Nous nous sommes assuré, par notre propre expérience, de la justesse de cette remarque. Or, comment expliquer cela, sinon par une légère augmentation d'afflux sanguin dans les vaisseaux capillaires de la peau qui revêt l'articulation malade? De là vient qu'il y a un contraste plus prononcé entre la petite surface d'où la pression a refoulé le sang, et la surface environnante.

En général, d'ailleurs, la rougeur cutanée est d'autant plus caractérisée que l'articulation est plus petite, ou, pour mieux dire, moins couverte de chairs et moins éloignée de la peau.

Le gonflement, lui aussi, est très manifeste quand la maladie affecte les petites articulations, comme celles des doigts ou des orteils, ou même les articulations de moyenne grandeur, comme celles du poignet, du coude-pied, du genou et du coude.

Dans ces dernières, le gonflement peut encore exister à un faible degré, indépendamment de la rougeur. Mais, quand le rhumatisme siége dans une grande articulation recouverte d'épaisses couches de muscles, à l'épaule, par exemple, ou à la hanche, jamais, au contraire, on n'aperçoit de tuméfaction bien prononcée.

Où s'opère le gonflement? C'est dans les tégumens qu'on l'observe: mais il existe aussi, sans contredit, dans les parties plus profondes. Ainsi, nul doute que les capsules articulaires ne soient distendues par un épanchement de synovie ou de simple sérosité. C'est surtout dans le rhumatisme du genou que l'hydrarthrose est manifeste; la fluctuation se fait sentir très aisément. M. Chomel a fait souvent observer aux élèves qui suivent ses leçons cliniques, qu'en pareil cas on aperçoit en appuyant sur la rotule, que ce petit os n'est point, comme dans l'état normal, exactement appliqué sur le fémur, mais qu'il en est séparé par un liquide intermédiaire, puisqu'il faut continuer assez longtemps la pression pour rapprocher la rotule contre le fémur. C'était, par exemple, le cas de nos Ire et XVe observations. Quant aux ligamens et aux cartilages, les cas où il y a eu nécroscopie n'y ont jamais fait voir aucune augmentation de volume.

Au reste, la tuméfaction des tégumens, et surtout l'épanchement de synovie, suffisent bien à déformer l'articulation. Ainsi, par exemple, au genou, la rotule étant, comme nous l'avons dit, repoussée en avant, l'articulation devient globuleuse: tant que l'épanchement n'est pas à son maximum, et que la

capsule articulaire n'est pas arrivée au dernier degré de distension, au point de ne plus permettre un changement de position au liquide épanché dans son intérieur, on peut, en refoulant le liquide latéralement, faire saillir davantage la rotule, puis alternativement faire choquer cet os contre le fémur, et par là même reproduire et augmenter la saillie des parties latérales.

Cette accumulation de la synovie est un fait général et presque constant; cependant elle a été long-temps méconnue. Les anciens médecins regardaient l'hydropisie du genou comme une maladie ordinairement très longue et très difficile à guérir : ce n'était que fort rarement, disaient-ils, qu'il advenait qu'elle se dissipât en deux ou trois jours. C'est qu'ils n'avaient pas observé avec assez de soin les cas de rhumatisme aigu, et qu'ils n'avaient guère fait attention qu'à l'épanchement chronique de la synovie.

Les articulations rhumatisées sont condamnées au repos, car les mouvemens exaspèrent la douleur. Il y a une attitude particulière, et, pour ainsi dire, d'élection, pour chaque articulation. Si l'affection arthritique envahit les phalanges, celles-ci demeurent ordinairement en état d'extension. Dans le rhumatisme du genou, l'extension de la jambe sur la cuisse est aussi la situation la plus ordinaire; néanmoins, en certains cas, où l'articulation fémoro-tibiale n'est que partiellement rhumatisée, le genou reste fléchi. Le coude rhumatisé se tient en demi-flexion, il n'y a possibilité ni d'extension ni de flexion complète. Ainsi donc, l'attitude spéciale

du malade appelle de prime-abord l'attention du médecin sur le point affecté, et commence le diagnostic.

§ III. — Coup d'œil sommaire sur le rhumatisme articulaire aigu partiel.

Tant que le rhumatisme est borné à une seule articulation, ou même à deux, il y a peu de fièvre, peu de phénomènes sympathiques, rien de remarquable dans l'attitude générale, soif nulle, appétit ordinaire; cependant, si le malade mange trop, la récrudescence nocturne sera plus vive. Pendant ces ordinaires paroxysmes de nuit, il pourra bien y avoir un peu de réaction fébrile; et, à leur issue, les urines pourront être un peu rouges et sédimenteuses. Mais, si la fièvre est très forte, le praticien attentif doit s'assurer avec soin si l'affection de quelque organe intérieur ne coïncide pas avec le rhumatisme articulaire partiel, et, au cas que les plus minutieuses recherches ne vérifient pas le soupçon, il y a là, sans doute, une affection rhumatismale générale en germe, et sur le point d'éclore.

D'ordinaire, l'articulation isolément prise de rhumatisme sera douloureuse pendant cinq à six jours : dans les trois premiers jours, la douleur va croissant de plus en plus; puis, elle décroît peu à peu : mais remarquez bien que cet accroissement et ce décroissement du mal ne se font pas d'une manière continue, mais avec l'alternative déja signalée d'exacerbations pendant la nuit, et de rémissions pendant le jour, tant dans la période de déclin que dans celle d'augment.

Les anciens médecins prétendaient, et les gens du monde répètent encore aujourd'hui, que le gonflement qui survient dans l'affection arthritique fait cesser la douleur. Cela est inexact; la douleur augmente tant qu'augmente le gonflement; mais quand celui-ci est parvenu à son summum, à son point d'arrêt, il persiste encore long-temps après la cessation de la douleur; la congestion inflammatoire se prolonge en un empâtement œdémateux qui ne se résout que peu à peu.

Chez certains sujets, une même articulation se prend ainsi plusieurs fois dans le cours d'un long période d'années. Mais, dans la plupart des cas de récidive, c'est une autre articulation qui se rhumatise. Quand l'affection arthritique s'éteint après le rhumatisme isolé d'une seule articulation, il y a donc grande probabilité, et presque certitude, que plus tard elle reparaîtra chez le même individu, soit encore isolément à la même articulation ou à une autre, soit même à plusieurs autres à la fois.

La récidive survient même après le rhumatisme articulaire partiel plus tôt et plus constamment qu'après le rhumatisme articulaire général, qui est quelquefois suivi d'un repos de vingt ans, ou même ne reparaît plus dans le cours de la vie.

C'est donc comme signal des attaques à venir, mais non pas en elle-même, qu'une première attaque de rhumatisme articulaire partiel a toujours quelque chose de grave. Car elle est de courte durée; le plus ordinairement au bout de cinq, six ou sept jours, comme nous l'avons dit ci-dessus, et, au plus tard, après quinze jours, elle cesse, même sans

remèdes. Quel praticien n'a vu bon nombre de personnes sujettes à de fréquentes mais courtes attaques de rhumatisme articulaire aigu du gros orteil (goutte proprement dite), et chaque fois guéries en peu de jours sans avoir rien fait du tout? Il faut même bien se garder de rien prescrire à ces personnes-là en cas de pareille récidive : autrement vous courriez risque de vous faire accuser d'avoir déterminé par des remèdes inopportuns l'extension du mal à plusieurs articulations, si par hasard cela survenait. La médecine expectante est alors d'autant plus convenable, que c'est dans notre conviction une véritable illusion de prétendre, comme certains auteurs, qu'en attaquant par des sangsues une articulation rhumatisée, on empêche le mal de se déclarer ailleurs. Quand il y a fièvre intense et, partant, germe de rhumatisme articulaire général, vous aurez beau appliquer les sangsues aux articulations enflammées : supposez que vous délivriez momentanément telle ou telle articulation, il n'y en aura pas moins immanquable réapparition du mal sur d'autres points.

Depuis cinq ans que M. Chomel fait le service de clinique à l'Hôtel-Dieu, il a observé trois cas d'incurabilité du rhumatisme d'une seule articulation, tous trois chez des femmes. Sangsues, vésicatoires, sels de morphine, frictions mercurielles, tout enfin a échoué. Chez ces trois femmes l'arlciulation est restée gonflée, douloureuse et immobile. Dans un seul de ces cas, une entorse d'un des poignets avait paru être la cause déterminante de la maladie; mais, ce qui prouve aussi qu'il y avait une prédis-

position arthritique chez le sujet, c'est que le mal ne s'était pas borné dès l'abord au poignet qui avait subi l'entorse, l'autre poignet était aussi devenu douloureux; le mal avait même alterné plusieurs fois entre l'un et l'autre, mais il avait fini par se concentrer dans celui qui travaillait le plus, et par le condamner à une immobilité incurable. Il y avait peut-être là quelque chose de plus qu'un rhumatisme articulaire, peut-être une arthrite essentielle et idiopathique, maladie que, comme on sait, nous ne confondons pas avec le rhumatisme articulaire. M. Chomel n'avait auparavant rien observé de semblable ni dans sa pratique en ville, ni dans les hôpitaux. Aussi regarde-t-il comme très rares de tels cas d'incurabilité absolue d'un rhumatisme articulaire partiel.

§ IV. — Phénomènes ordinaires du rhumatisme articulaire aigu général (Fièvre rhumatismale, ou arthritique).

Quand plusieurs articulations à la fois sont prises de rhumatisme, l'affection, avons-nous dit, porte le nom de fièvre rhumatismale ou de rhumatisme articulaire aigu général. Alors il y a maladie grave. Des prodromes fébriles d'une certaine intensité annoncent à l'avance cette gravité du mal, comme au début de la pneumonie, de la pleurésie, et autres phlegmasies sérieuses. Ces préludes sont, sans aucun doute, le produit de cette cause occulte qui va bientôt dévoiler son caractère spécial en se fixant sur les articulations : mais ils n'ont eux-mêmes rien qui avertisse de la spécialité de cette cause. Ce sont des alternatives de frisson et de chaleur, des

sueurs, et autres phénomènes fébriles, qui ouvrent la carrière de toute grande maladie, mais pas plus de telle maladie que de telle autre. Quelquefois ces symptômes généraux et vagues persistent seuls pendant deux ou trois jours; mais, le plus souvent, ils ont à peine duré quelques heures qu'une ou deux articulations s'endolorissent et s'enflamment, et qu'ainsi la nature de la maladie est révélée beaucoup plus tôt que dans les cas de pleurésie et de pneumonie, affections dont les signes caractéristiques ne se manifestent guère avant vingt-quatre ou quarante-huit heures de fièvre. Tantôt plusieurs articulations deviennent simultanément douloureuses, chaudes, rouges et gonflées : tantôt leur rhumatisation a lieu successivement; il n'y a d'abord qu'une seule articulation qui se rhumatise, puis une autre, puis une autre. Nous avons vu quelquefois les articulations se prendre deux par deux; d'abord les deux genoux, par exemple, puis les deux poignets, puis les deux coude-pieds, et ainsi de suite : et, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, toutes les articulations étaient prises, et il s'en suivait une immobilité presque universelle et absolue. Dans le rhumatisme articulaire général, les phénomènes locaux sont même, la plupart du temps, plus intenses que dans le rhumatisme articulaire partiel. On ne peut mouvoir le malade, ni à plus forte raison il ne peut se mouvoir lui-même, sans éveiller les plus vives douleurs : aussi a-t-il le mouvement en telle appréhension, qu'il tremble qu'on ne l'approche, et quelquefois même a des convulsions tétaniques, crainte qu'on ne lui communique involontairement la moin-

dre secousse. Si l'on marche lourdement autour de lui, et que cette lourde marche transmette quelque ondulation au lit où il est gisant, le voilà aussitôt qui souffre des douleurs aiguës, au point de pousser les cris les plus plaintifs et les plus déchirans.

Si le rhumatisme attaque à la fois des articulations voisines l'une de l'autre, le gonflement, sorte d'œdème aigu, qui se sera primitivement manifesté sur chacune d'elles, se propagera plus loin, s'étendra de l'une à l'autre, et envahira tout l'espace intermédiaire. C'est ainsi qu'en certains cas, les doigts ou la main tout entière, les orteils ou le pied tout entier, sont universellement tuméfiés. Alors, tout mouvement de flexion est absolument impossible, la douleur eût-elle déjà cessé, ou n'eût-elle jamais existé.

M. Chomel n'a rencontré dans tout le cours de sa pratique qu'un seul fait d'œdématie générale de toutes les parties du corps en cas de rhumatisme articulaire aigu : c'était chez un de ses malades en ville, qui, outre le gonflement si souvent observé des pieds et des mains, offrit à un haut degré une tuméfaction analogue des jambes et des cuisses, des avant-bras et des bras. Il est bon de remarquer que ce malade était chargé d'une obésité excessive, et qu'il était habituellement sujet à l'essouflement, et souvent pris de palpitations de cœur. Aussi M. Chomel se crut-il fondé à penser que le gonflement général du corps ne dépendait pas seulement du rhumatisme, et qu'il y avait là une complication. Et, en effet, depuis dix ans qu'il continue de voir le malade, objet de cette observation, il l'a constamment

vu, et le voit encore à présent affecté d'un gonflement plus ou moins considérable des extrémités inférieures. Certes, il y avait donc, et il y a encore, chez cet individu, une disposition particulière. Les obèses sont, en général, fort sujets à l'œdème, surtout si à l'obésité se joint, chez eux, quelque gêne de la circulation.

Quoi qu'il en soit, excepté le fait unique que je viens de citer, M. Chomel n'a jamais vu le gonflement arthritique s'étendre à tout l'intervalle de deux grandes articulations, envahir, par exemple, la jambe ou la cuisse entière.

Dans le rhumatisme articulaire général, le corps tout entier se trouve souvent condamné, avons-nous dit, à une immobilité absolue, à cause que les articulations malades ressentent d'effroyables douleurs à la moindre ondulation qu'elles reçoivent des mouvemens mêmes auxquels elles ne participent point activement. Les malheureux patiens ne peuvent ni uriner, ni aller à la selle, ni même se gratter où il leur démange, sans payer par de cruelles souffrances les mouvemens nécessaires à la satisfaction de ces besoins. M. Chomel a vu une femme qui, ne pouvant du tout accomplir l'excrétion urinaire dans la situation horizontale, était obligée de se faire sonder ou de se faire mettre debout pour remplir cette indispensable fonction. C'était chaque fois, quel que fût le moyen préféré, un véritable supplice. Pour le cathétérisme, il fallait écarter les cuisses, et ce simple écartement, même passivement opéré par les plus douces manœuvres de mains étrangères, n'était guère moins douloureux que la double tran-

sition de la situation horizontale à l'attitude verticale, puis de celle-ci à celle-là. Ce supplice se renouvelait toutes les dix-huit heures.

Souvent aussi surviennent des crampes, qui apportent un surcroît de douleurs.

Si le malade se laisse aller au sommeil, il est bientôt cruellement réveillé par les atroces souffrances que lui causent les mouvemens automatiques auxquels il se livre en dormant; il paie cher, ainsi, l'oubli momentané de son mal. Voilà pourquoi quelques arthritiques, bien qu'ils éprouvent le penchant au sommeil, se gardent d'y céder, par crainte de ces douloureux réveils. Du reste, il y en a peu qui ressentent ce perfide besoin de dormir: chez la plupart, le sommeil, même le plus court, n'est pas possible ; il y a insomnie opiniâtre.

Les symptômes généraux persistent. Toutes les fonctions viscérales sont troublées plus ou moins. Il y a turgescence de la face, mal de tête, enduit blanchâtre sur la langue. La respiration est accélérée; mais, sur la foi de cette accélération sympathique, n'allez point cependant négliger d'explorer le thorax par la percussion et l'auscultation, si la respiration vient à être plus fréquente dans le cours du rhumatisme articulaire qu'elle n'était durant la fièvre d'invasion. Le pouls continue d'être fréquent; il y a par minute quatre-vingt-dix pulsations et plus. La peau est chaude et moite. Les sueurs abondantes ont paru à certains médecins avoir une influence utile, et ils ont cherché à les favoriser et à les provoquer. Mais nous nous sommes convaincu qu'elles ne sont rien autre chose qu'un inconvénient

de plus. Elles augmentent, sans contredit, l'anxiété présente. Voyez un pauvre arthritique baigné de sueur. Que fera-t-il? La laissera-t-il s'aigrir et se refroidir sur lui? se fera-t-il souvent essuyer? changera-t-il souvent de chemise et de draps, lui à qui ses douleurs prescrivent impérieusement de demeurer immobile? Et peut-on, au moins, espérer quelque avantage futur en compensation de l'incommodité présente? Non, certes; car nous avons constamment observé que l'intensité et la durée de la maladie sont en raison directe de l'abondance et de l'opiniâtreté des sueurs. Si on ne doit point s'aviser imprudemment de supprimer et de répercuter cette extraordinaire activité de la transpiration cutanée, on ne doit pas non plus chercher à l'accroître. Car, outre l'incommodité que nous avons déjà signalée, il y en a encore d'autres qui suivent inévitablement la supersécrétion de la sueur, qui en sont, pour ainsi parler, la contre-partie physiologique: c'est la dureté des matières fécales, et, partant, une constipation fâcheuse; puis, surtout, la rareté des urines, ce qui, joint à la position horizontale, rend la miction difficile et laborieuse.

Le sang qu'on tire des veines, dans la fièvre rhumatismale, offre ordinairement une couenne très épaisse, comme dans les inflammations du poumon ou de la plèvre.

C'est à tort que Sauvages (*Nosolog. méthod.* class. VII, genres Ier et IIIe) a avancé en forme d'assertion absolue, et cela sans doute d'après quelques faits particuliers trop inconsidérément généralisés, que la couenne arthritique ou rhumatismale

était plus molle, moins épaisse et plus transparente que la couenne pleurétique, dont elle serait ainsi facile à distinguer. Stoll, au contraire, nous dit qu'il a toujours vu, dans le rhumatisme fébrile, la couenne inflammatoire du sang plus épaisse que dans toute autre maladie. « *In rheumatismo febrili » crustam summè phlogisticam in sanguine detracto » semper vidimus, eamque tàm crassam, ut vix » aliquid cruoris, aut rubræ partis appareret. In » quocumque alio morbo inflammatorio, ut gra- » vissimo, minor tenuiorque crusta phlogistica ap- » parebat.* » (*Rat. medend.* ann. 1776, mens. Mai.) Que l'illustre médecin de Vienne ait vu cela, nous ne voulons pas le nier, d'autant moins que, bien plus sage que le nosologiste de Montpellier et que certains observateurs de notre siècle, il ne s'est point hâté d'ériger en loi générale ce qu'il avait observé et vu, quoiqu'il eût cependant vu beaucoup, et beaucoup observé; mais en définitive, ce qu'il y a de vrai, c'est que la couenne du sang dans les affections rhumatismales n'a rien qui la caractérise et la distingue particulièrement, et que là, comme dans toutes les autres maladies inflammatoires, elle varie souvent d'épaisseur et de consistance selon des circonstances jusqu'à présent peu appréciables. Il faut, en verité, revenir à en dire ce qu'en avait dit Sydenham, c'est à savoir qu'elle est semblable à la couenne des pleurétiques comme un œuf à un œuf. « *Utpote qui pleuriticorum sánguini » tàm est similis quàm ovum ovo.* » (*Cap.* Rheumatism.)

Aucun observateur, que nous sachions, n'avait

constaté, avant M. Bouillaud, la présence de la couenne ailleurs que sur le sang fourni par la saignée générale. Le professeur de la Charité l'a aussi constatée, bon nombre de fois, sur les caillots des saignées par les ventouses scarifiées. (*Nouvelles recherches*, p. 69.)

Le rhumatisme articulaire aigu général, comme le rhumatisme articulaire aigu partiel, est soumis à des paroxysmes quotidiens; c'est durant la nuit qu'ils ont lieu, soit par l'exacerbation des douleurs dans les articulations déja prises, soit par leur changement de siége, mais avec égale récrudescence d'intensité. Considéré dans toute sa durée, le rhumatisme articulaire aigu général offre aussi une période d'accroissement, et une période de déclin. L'accroissement va jusqu'au quinzième ou vingtième jour, et quelquefois même plus loin; il est incontestable et réel sous un point de vue d'ensemble, quoiqu'il y ait, chaque jour en particulier, des paroxysmes et des rémissions. Il en est de même du déclin, qui ne s'avance pas uniformément vers la convalescence, mais qui se passe en paroxysmes de plus en plus faibles. On peut vraiment comparer la marche du rhumatisme articulaire aigu à une chaîne d'anneaux inégaux qui vont croissant jusqu'au milieu de cette chaîne, puis décroissent successivement jusqu'au dernier. Cette comparaison est de Sydenham, à propos de la *Goutte aiguë*. Mais, comme on sait, rien ne légitime à nos yeux la séparation nosologique de la goutte, et surtout de la goutte aiguë, d'avec le rhumatisme articulaire. « *Atque* » dit le célèbre praticien de Londres « *ex*

» *serie horum* PAROXYSMULORUM *(sit verbo venia)*
» *constat paroxysmus, qui dicitur podagræ. . . .*
» *Neque enim censendum est, quoties quis cum*
» *hoc morbo ad menses duos, vel tres fuerit conflic-*
» *tatus, unum illum paroxysmum fuisse, sed se-*
» *riem potiùs et catenam paroxysmulorum, quo-*
» *rum posterior quilibet priore et mitior fuit, et*
» *contractior.* » *(Tractat. de podagr.)* Il ne faut pas, d'ailleurs, prendre à la lettre cette comparaison. Il n'y a pas, dans tous les cas, régularité constante d'accroissement et de décroissance. Quelquefois, une rémission de deux ou trois jours semble ouvrir irrévocablement la période de déclin; puis, soudain, une nouvelle récrudescence du mal vient dissiper l'illusion.

§ V. — Interruption des symptômes arthritiques et persistance de la fièvre.

Il n'y a pas, dans tout le cours de la fièvre rhumatismale, proportion exacte entre l'appareil fébrile et les symptômes articulaires. Quelquefois même le malade cesse de souffrir aux articulations, et peut se remuer librement, mais il continue d'avoir beaucoup de fièvre; en ce cas, si l'examen des différens viscères n'explique pas cette fièvre par le brusque développement de quelque phlegmasie interne, nul doute que la réapparition des douleurs articulaires ne soit infaillible et prochaine. C'est M. Chomel qui le premier a signalé ce fait. La Ire observation en a déja offert un exemple à nos lecteurs. En voici encore un autre exemple dans l'observation suivante.

Xe OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire aigu général, après des attaques antécédentes. Causes prédisposantes : hérédité, habitation dans un lieu humide. Cause déterminante de la première attaque : accouchement. Dans l'attaque actuelle, il faut remarquer la mobilité et la variation des douleurs, le RHUMATISME DE LA LANGUE ET DU PHARYNX, l'affection des articulations temporo-maxillaires. PERSISTANCE DE LA FIÈVRE, DOULEURS CESSÉES : celles-ci reparaissent. Guérison au bout de cinq semaines.

Le 16 décembre 1833, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Lazare, n° 11, Catherine Deschaud, âgée de 32 ans, brocheuse de profession, travaillant habituellement dans un endroit humide, car c'est un séchoir de feuilles récemment imprimées. Sa mère est elle-même rhumatisante. Cette femme, réglée à onze ans et demi, et depuis lors toujours bien réglée, mariée depuis long-temps, eut, il y a environ deux ans et demi, à la suite d'un accouchement prématuré qui amena un enfant mort-né, des douleurs rhumatismales extrêmement vives et très mobiles, lesquelles, au dire de la malade, parcoururent toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs, sans excepter une seule phalange des doigts ou des orteils. Depuis lors, ces douleurs ont reparu assez fréquemment, mais sans obliger la malade à garder le lit.

La dernière attaque débuta il y a huit jours. La hanche gauche fut prise la première ; puis, quatre jours après, le rhumatisme se porta à la hanche droite, et de là au poignet, aux doigts, au coude, et à l'épaule du côté gauche.

Le 17 décembre, à l'instant de la visite, les ge-

noux sont très douloureux, ainsi que l'articulation iléo-fémorale droite; le poignet, les doigts, le coude et l'épaule du côté gauche n'offrent plus qu'une raideur incommode; les pieds sont brûlans; la peau dans le reste de son étendue conserve sa chaleur naturelle; pouls très fréquent, soif vive. (Prescription: *Quinze sangsues à la hanche droite; bain; cataplasmes émolliens sur les points douloureux; chiendent miellé nitré; lavement émollient; deux demi-crêmes de riz, trois bouillons.*)

Le 18 décembre, la douleur est toute concentrée dans l'articulation fémoro-tibiale droite; les autres articulations précédemment atteintes ne sont que raides. (Prescription: *Saignée de* 10 *onces; bain*; *cataplasmes, etc.*)

Le 19 décembre, les douleurs sont presque dissipées; la hanche droite seulement est encore un peu sensible lorsqu'on lui imprime quelque mouvement; pouls fréquent, soif vive.

Le 20, à peu près même état.

Le 21, réapparition des douleurs, lesquelles sont supportables aux deux hanches, mais sont très vives aux articulations tibio-tarsiennes, aux épaules, et à toutes les articulations des bras et de la main; pouls très fréquent, peau chaude, soif vive.

Le 23, la malade a éprouvé pendant la nuit des douleurs assez vives dans l'abdomen; mais il faut remarquer qu'elle est sur le point d'avoir ses règles. Elle ne peut pas bouger, car presque toutes les articulations sont prises. La fièvre persiste. (Prescription: *Saignée de douze onces, etc.*)

Le 25, douleur vive dans l'ARTICULATION TEMPORO-

MAXILLAIRE DROITE : les mouvemens de la mâchoire occasionnent une souffrance excessive. La douleur s'est atténuée considérablement dans les articulations des membres.

Le 26, même état. (*Émulsion avec vingt grains de thridace.*)

Le 27, une douleur nouvelle s'est fixée sur la langue. Si la malade parle, si elle veut remuer la langue, elle sent à la face inférieure de cet organe une douleur assez vive qui se prolonge jusque dans le pharynx, et qui augmente considérablement par la déglutition : il n'y a ni aphthes, ni ulcères, ni boutons dans la bouche ou le pharynx ; nulle tuméfaction dans ces parties.

Le 28, la langue et l'arrière-bouche ont cessé d'être douloureuses ; les deux épaules sont libres ; les poignets, les coudes et les doigts offrent encore un peu de gonflement et de douleur ; l'articulation temporo-maxillaire droite est toujours le siége d'une douleur excessivement aiguë, qui retentit jusque dans l'oreille, et qui a empêché le sommeil. (*Émulsion avec un demi-gros de thridace.*)

Le 29, les deux articulations temporo-maxillaires sont tout à la fois le siége de douleurs assez vives. Le coude, le poignet, et les doigts du côté gauche sont devenus plus douloureux, ainsi que les articulations du membre inférieur du même côté ; pouls fréquent (90). (*Émulsion avec un gros de thridace.*)

Le 30, les articulations temporo-maxillaires sont moins douloureuses ; elles se meuvent plus facilement ; difficulté et douleur en avalant, sans rougeur

ni tuméfaction au pharynx, au voile du palais ou à ses piliers; c'est un rhumatisme pharyngien. Les épaules sont très douloureuses, ainsi que le poignet, le genou et le coude-pied du côté gauche.

Jusqu'au 8 janvier, les articulations temporo-maxillaires sont restées douloureuses, mais la douleur y a varié d'intensité.

Le 9 janvier, il n'y a plus que de la raideur dans les épaules et dans les mâchoires.

Le 12, bien-être parfait.

Le 14, *exeat.*

Dira-t-on que, dans l'observation précédente, dans la Ire plus haut citée, et dans toutes les autres semblables qu'on pourrait citer encore (XVIe, etc.), la persistance de la fièvre pendant l'absence des douleurs articulaires était due à une péricardite, ou à une endocardite, ou même à une endo-péricardite, qui ont été méconnues? C'est l'objection de M. Bouillaud, pour qui la fièvre sans l'inflammation d'une articulation ou de quelque autre organe est un mystère pathologique qu'il repousse avec la plus dédaigneuse incrédulité! Ce professeur prétend que la phlegmasie, soit du péricarde, soit de l'endocarde ou membrane interne du cœur, soit même de l'une et l'autre membrane tout à la fois, est un des accompagnemens les plus ordinaires du rhumatisme articulaire aigu; que cette coïncidence est la règle, et la non-coïncidence, l'exception. Mais, bien avant M. Bouillaud, M. Chomel avait observé, avait écrit et professé que la péricardite survient quelquefois d'une manière latente dans le cours d'un

rhumatisme articulaire. Depuis long-temps il avait donné le conseil, comme il le donne encore aujourd'hui, de ne jamais manquer à ausculter et à percuter le thorax quand l'appareil fébrile est hors de proportion avec le nombre, l'étendue ou l'intensité des symptômes arthritiques proprement dits. Pour sa part, il a toujours mis ce précepte à exécution dans sa pratique. S'il a quelquefois rencontré des signes de péricardite ou de pleurésie, d'autres fois il n'a trouvé aucune lésion locale dont la fièvre qui persistait après la disparition des douleurs articulaires pût être considérée comme le symptôme. Si cela n'est pas consigné dans les observations précédentes, ce n'est pas que M. Chomel n'eût, sans doute, interrogé toutes les fonctions et tous les organes, mais c'est que d'ordinaire on ne note pas les faits négatifs dans une observation clinique. On ne signale ces faits que lorsqu'on veut s'en servir pour établir une exception à la règle, ou pour détruire une proposition générale inexactement élevée sur un petit nombre de faits. C'est maintenant, par exemple, une nécessité de signaler dans ce dernier but tous les cas où on ne voit point le rhumatisme articulaire s'accompagner de péricardite ou d'endrocardite : car M. Bouillaud est venu proclamer cette concomitance comme un phénomène à peu près constant et comme une sorte de *loi* pathologique ; et il faut bien montrer que la nature dément le plus souvent cette assertion absolue. Ainsi, sur les neuf cas de rhumatisme articulaire que M. le docteur Grisolle rapporte dans le compte-rendu déjà cité, il y en a sept dans lesquels il a noté l'absence com-

plète de phénomènes pathologiques du côté du cœur, et cela après l'examen le plus minutieux à l'aide de la percussion et de l'auscultation, examen répété quotidiennement, et souvent même deux fois par jour. Dans deux cas seulement, on a constaté des bruits anomaux du cœur : dans l'un, le bruit de soufflet; dans l'autre, le bruit de râpe. D'ailleurs, dans chacun de ces cas, pas d'autre symptôme, pas d'autre signe que le bruit anomal. A coup sûr, il n'y avait pas là de péricardite. Doit-on, sans hésitation et avec une imperturbable assurance, reconnaître une endocardite? Cela n'est rien moins qu'incontestable, comme on pourra s'en convaincre tout-à-l'heure dans le paragraphe que nous consacrerons à examiner spécialement et en détail la question de l'endocardite rhumatismale. Toujours est-il que la conclusion inévitable des faits observés à la clinique de l'Hôtel-Dieu sera celle-ci : c'est que, contrairement à la proposition du professeur de la Charité, l'endocardite, si endocardite il y a, n'apparaît dans le rhumatisme articulaire aigu que comme *exception*, et non pas comme *règle*.

Or donc, c'est une supposition dénuée de preuves suffisantes dans l'état actuel de la science, c'est au moins une affirmation aventureuse et téméraire, que d'invoquer un fait aussi incertain et aussi exceptionnel que l'endocardite, pour expliquer un fait certain, et qui n'est pas très rare, savoir, la persistance de la fièvre pendant la suspension éphémère des douleurs articulaires, et en l'absence de signes positifs et réels de quelque phlegmasie interne. Qu'y a-t-il donc de si étrange, de si mystérieux, de

si incompréhensible dans ce phénomène ? La fièvre ne précède-t-elle pas presque toujours de vingt-quatre ou de quarante-huit heures la manifestation de ces phlegmasies articulaires, disséminées et mobiles, dont l'ensemble constitue une attaque de rhumatisme articulaire aigu général? Et certes, alors, il n'y a pas d'endocardite, dans la grande majorité des cas. La fièvre rhumatismale n'est donc pas en relation d'effet à cause avec les douleurs arthritiques ; elle est primitive par rapport à celle-ci, et non pas consécutive; elle en est donc indépendante. Quoi de plus simple à concevoir qu'elle puisse persister pendant que les symptômes locaux seront suspendus, de même qu'elle avait paru avant qu'ils eussent éclaté? Il y a une cause commune, inconnue mais réelle, qui produit à la fois la fièvre et les phlegmasies articulaires. Pour un plus ample développement de cette idée, je n'ai rien de mieux à faire que de renvoyer les lecteurs à l'article VIII des *Leçons sur la fièvre typhoïde*, article rédigé par la plume même de M. Chomel, et dans lequel ce professeur, par un rapprochement non moins vrai que neuf, réunit sous le même point de vue toutes les maladies à *phlegmasies disséminées*, comme la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre rhumatismale, etc. Entre autres caractères communs qu'il assigne à ces maladies, il démontre bien clairement la nécessité d'y admettre une cause spécifique, *virus*, *diathèse*, *état morbide*, etc. (peu importe le nom).

Au demeurant, la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, que certains médecins repoussent comme

une chimère inadmissible, dont ils affectent même de signaler la dénomination comme contradictoire et absurde, n'est ni plus ni moins mystérieuse que les cas de variole, de scarlatine ou de rougeole sans exanthème, cas admis par la plupart des médecins, et appuyés sur l'autorité des meilleurs observateurs et des plus excellens épidémiographes. Je dirai même qu'il y a un avantage immense en faveur de la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*. En effet, dans les cas de *variolæ sine variolis*, de *scarlatina sine scarlatinâ*, de *morbilli sine morbillis*, la maladie est, durant tout son cours, complètement privée de son caractère pathognomonique, et ne peut, après tout, qu'être soupçonnée par conjecture. La *fièvre rhumatismale sans rhumatisme* est une phase passagère, dont la nature est évidemment révélée par le cours entier de la maladie : c'est un fait, et non pas une hypothèse.

§ VI. — Coïncidence des phlegmasies séreuses avec le rhumatisme articulaire aigu.

Dans le cours du rhumatisme articulaire, il survient quelquefois des épanchemens dans la cavité des membranes séreuses, par suite d'une inflammation, le plus ordinairement latente et sourde, de ces mêmes membranes. C'est surtout à l'intérieur des plèvres ou du péricarde que ces épanchemens se forment : cela n'arrive que rarement dans le péritoine ou dans l'arachnoïde.

Ces pleurésies ou péricardites latentes sont tout au plus annoncées, si l'on ne tient compte que des

symptômes que le malade accuse lui-même, par quelques douleurs vagues et légères dans la région précordiale ou dans la région mammaire ; quelquefois même, rien ne fait soupçonner la formation d'un épanchement, jusqu'à ce que l'accumulation progressive de la sérosité soit devenue assez considérable pour produire d'effrayans symptômes d'étouffement, et constituer un danger sérieux. M. Chomel a souvent été appelé en consultation pour des cas de rhumatisme, dans lesquels le malade éprouvait un malaise indéfini, s'inquiétait plus que ne le comportait son état apparent, respirait avec un obscur sentiment de gêne : il reconnaissait, à l'aide de la percussion et de l'auscultation, un épanchement pleurétique qui devait quelquefois dater de loin, d'un mois, par exemple ; et cependant, le médecin ordinaire n'en avait pas conçu le moindre soupçon. Et cette fausse sécurité ne devait certainement pas être rangée au nombre de ces erreurs qui n'appartiennent qu'à l'ignorance et à l'inhabileté ; les praticiens les plus expérimentés s'y sont abandonnés quelquefois. Avant M. Chomel, les auteurs n'avaient point appelé l'attention du public médical sur ces pleurésies et ces péricardites insidieuses qui viennent assez fréquemment compliquer le rhumatisme articulaire. On conçoit donc que, le premier diagnostic une fois établi, la plupart des praticiens, en pareille occurrence, continuassent de s'expliquer par les douleurs articulaires la fièvre et ses redoublemens, et qu'ils ne songeassent point à faire de nouvelles investigations.

Quant à M. Chomel, il y a fort long-temps que,

pour ne point être surpris à l'improviste par les symptômes d'un épanchement parvenu à un degré sérieux, il s'est fait une règle d'explorer, tous les deux ou trois jours, la partie antérieure du thorax, et même, si l'on peut mettre le malade sur son séant sans exaspérer les douleurs, il percute et ausculte aussi la partie postérieure. C'est un des points d'observation clinique sur lesquels je l'ai entendu le plus insister dès les premiers temps que je suivis ses leçons (et il y a de cela huit ans). Il serait facile de montrer que depuis long-temps il lui a été rendu témoignage à cet égard par un grand nombre de ses élèves dans leurs thèses inaugurales. Ainsi, au moment où j'écris ce paragraphe, je tombe par hasard sur le passage suivant d'une thèse soutenue, en 1830, par le docteur Enguehard : » M. Chomel, » dans ses leçons cliniques. . . . . . a soin de con- » seiller à ses élèves d'interroger souvent, par la » percussion et l'auscultation, les organes thoraci- » ques dans les affections rhumatismales. » (*Thèses de Paris*, 1830, n° 108.)

La région du cœur est, comme on voit, la plus facile à examiner, une péricardite intercurrente peut donc moins échapper au diagnostic qu'un épanchement pleurétique de quantité médiocre. Aussi savons-nous bien maintenant que la péricardite apparaît particulièrement pendant la durée du rhumatisme articulaire. Sur trois cas de péricardite qu'on rencontrera dans le cours d'une clinique, il y en aura au moins un qui se sera développé chez un sujet arthritique. Au surplus, depuis les assertions de M. Bouillaud, la thèse à

l'ordre du jour n'est pas de démontrer qu'en certains cas la péricardite coïncide avec le rhumatisme articulaire. Mais il s'agit de prouver, premièrement, que cette coïncidence avait été signalée par M. Chomel, comme nous venons de l'avancer, et par d'autres observateurs encore, avant le professeur de la Charité, qui pourtant s'en attribue la découverte; en second lieu, qu'elle n'est pas, il s'en faut de beaucoup, aussi commune que celui-ci le prétend.

C'est, en vérité, une légèreté presque inconcevable de la part de M. Bouillaud que d'avoir imprimé ces paroles-ci : « *Elle* paraît, » dit-il, en parlant de la coïncidence en question, « avoir également échappé à M. Chomel, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant sa dissertation inaugurale sur le rhumatisme. . . . . » (*Nouv. recherch.*, p. 4.) Certes, M. Chomel aurait pu ignorer le fait en 1813, époque où il soutint sa thèse, et, depuis, l'avoir connu et signalé encore bien avant M. Bouillaud, dont les premières idées sur ce point n'ont paru qu'il y a un an dans son *Traité clinique des maladies du cœur*. Mais, par malheur pour notre adversaire, ceux qui ne le croiront pas sur parole, et qui liront avec plus d'attention que lui la thèse inaugurale de M. Chomel, verront dans cet opuscule même d'il y a vingt ans une phrase que M. Bouillaud, par je ne sais quelle préoccupation, n'y a point vue; phrase paisible et modeste, sans doute, mais qui, sans ambiguité comme sans emphase, nous signale la complication dont on fait aujourd'hui tant de bruit. Voici les propres termes de M. Chomel : » J'ai vu

» moi-même, dit-il, la péricardite succéder à cette
» affection (c'est-à-dire au rhumatisme), et causer
» la mort des malades. » (*Th. inaug.*, p. 56).

En outre, qu'on lise l'article *Péricardite* de M. Chomel dans le *Dictionnaire* en 21 volumes (T. XVI, octobr. 1826), on y trouve les propositions suivantes : » On l'a observée (la péricardite)
» le plus souvent, soit avec la pleurésie et la pneu-
» monie. . . . , soit DANS LE COURS DU RHUMATISME
» ARTICULAIRE AIGU, et peut-être alors par suite
» d'une métastase rhumatismale sur le cœur lui-
» même. » (p. 286.) — » L'inflammation du péri-
» carde qui se développe en même temps qu'une
» pleuro-pneumonie. . . . ; celle qui survient chez
» un sujet atteint de rhumatisme articulaire aigu,
» sont aussi fréquentes, au moins, que la péricar-
» dite simple. » (p. 289). Pourquoi M. Bouillaud n'a-t-il pas lu cet article avant d'accuser si amèrement M. Chomel d'avoir ignoré l'existence de la *péricardite rhumatismale?* Ou, ce qui est un tort non moins difficilement excusable, pourquoi l'a-t-il lu avec la même inadvertance que la thèse inaugurale?

Ce n'est pas que M. Chomel revendique le mérite d'avoir découvert la péricardite rhumatismale. Ce que nous voulons montrer, c'est que cette découverte avait été faite bien avant que M. Bouillaud ait cru la faire. Et par qui? — Par cet être collectif, qui a plus d'esprit et de génie que l'homme qui en a le plus ; je veux dire, par tout le monde. Combien de vérités scientifiques, en effet, et des plus importantes, ne peuvent être attribuées à aucun

nom propre! Amenées peu à peu par le travail commun, elles n'illustrent aucun individu, mais elles honorent la génération tout entière où elles se sont définitivement formulées. N'est-ce pas là, en particulier, l'histoire de la péricardite rhumatismale?

Lisez les grands observateurs du dix-huitième siècle, vous verrez qu'ils ont fait mention de troubles survenus dans la respiration et dans les mouvemens du cœur pendant le cours des fièvres rhumatismales ou arthritiques. Voici, par exemple, ce que Stoll rapporte dans les Éphémérides de 1779, au mois de juin: « Au commencement de ce mois, » plusieurs fièvres rhumatismales se présentèrent. » . . . A l'improviste et tout-à-coup, la *matière rhu-* » *matismale* abandonnait les membres, et la poi- » trine était prise de dyspnée, d'orthopnée, de » toux très violente, d'oppression, quelquefois » avec crachement de sang. UNE JEUNE FILLE DEVINT » TOUT-A-COUP FROIDE COMME UN MARBRE, le rhuma- » tisme ayant abandonné les membres pour se » porter sur les poumons. ORTHOPNÉE, sueurs froi- » des, POULS NUL AU POIGNET. LE COEUR BATTAIT DE LA » FAÇON LA PLUS DÉSORDONNÉE, ET TRÈS VITE. (*Cor* » *inordinatissimè et celerrimè micabat*). A l'aide des » vésicatoires, du camphre, des épispastiques, des » frictions, et du réchauffement des membres, les » forces furent rappelées. . . Quant aux autres su- » jets, le mal une fois fixé sur la poitrine, et le » pouls étant fort, les saignées, puis les vésicatoi- » res avec les boissons tièdes, servirent à les gué- » rir. » *(Rat. medend., III.)*

Storck, dans la description intéressante qu'il a donnée d'une épidémie de rhumatisme articulaire aigu, dit aussi : » J'ai quelquefois observé que, lors » de la disparition des douleurs dans les membres, » il survenait de l'oppression de poitrine, des pal- » pitations de cœur, et de l'intermittence dans le » pouls, et qu'au retour de la douleur sur les mem- » bres ces symptômes disparaissaient, et que le » pouls, quelques instans auparavant tremblotant » et intermittent, se montrait de nouveau égal et » libre. » Storck. (*Ann. med.*, II.)

Stoll, Storck, et les autres observateurs contemporains qui rencontrèrent des accidens analogues, n'ont pas, il est vrai, nommément accusé l'inflammation du péricarde. Dans l'état de la science à leur époque, cette inflammation ne pouvait jamais être diagnostiquée avec certitude, comme elle peut l'être assez souvent aujourd'hui, grâce aux méthodes de percussion et d'auscultation dont Avenbrugger, Corvisart et Laennec ont doté la médecine pratique. Toujours est-il qu'à ces symptômes réunis d'oppression, d'orthopnée, de battemens désordonnés et tumultueux du cœur, et d'intermittence du pouls, il y avait lieu de soupçonner, même alors, l'inflammation du cœur et du péricarde, telle qu'elle avait été décrite par Senac (*Malad. du cœur.* (T. Ier, chap. II et IV.) Ce soupçon, dans les cas semblables qui se présentèrent aux observateurs du premier quart de notre siècle, dut acquérir une valeur de plus en plus grande, et se changer enfin en certitude, au fur et à mesure que les signes nouveaux de percussion et d'auscultation, s'ajoutant

aux signes anciens, venaient éclairer le diagnostic de la péricardite, et que la culture étendue de l'anatomie pathologique apportait, de temps à autre, le témoignage de la nécroscopie à l'appui des recherches séméiologiques. C'est ainsi qu'il y a déja dix à quinze ans, on connaissait dans l'école de Paris la péricardite rhumatismale, non point par suite de la révélation individuelle de quelque observateur isolé, mais grâce à une sorte de tradition générale et collective qui s'était graduellement et, pour ainsi dire, insensiblement établie. Comme exemple célèbre, on citait notre grand orateur Mirabeau, mort d'une péricardite, dit-on, à la suite de douleurs arthritiques.

Aussi avons-nous vu que M. Chomel, en signalant explicitement, dès 1826, la fréquence relative de la péricardite rhumatismale, n'énonce pas ce point de doctrine comme une vue à lui propre, mais comme une vérité, qui, bien que peu répandue jusque là, était déjà tombée dans le domaine public.

Il en est de même de M. Andral, qui, la même année, dans le tome III de sa *Clinique médicale*, (pag. 416—425), rapporte deux cas de péricardite consécutifs à la disparition du rhumatisme articulaire aigu, tous deux terminés par la mort, mais tous deux diagnostiqués sur le vivant. Cet observateur aussi modeste qu'habile appelle toute l'attention du praticien sur de semblables faits, mais il se garde bien de prétendre qu'il soit le premier à signaler une telle complication. Remarquons ici en passant (la remarque est essentielle à faire aujour-

d'hui), que, chez le sujet de la première observation de M. Andral, ce n'est pas faute de saignées antécédentes que la péricardite se déclara, et qu'elle devint promptement mortelle. Deux saignées, de douze onces chacune, avaient été pratiquées au malade dans les premières vingt-quatre heures de son entrée à l'hôpital; nouvelle saignée le lendemain, quatrième saignée le surlendemain. Eh bien! malgré ces quatre saignées pratiquées en trois jours, les douleurs persistèrent au même degré d'intensité, et ne disparurent le sixième jour que pour faire place à une péricardite sur-aiguë, qui, nonobstant l'application des sangsues à la région précordiale, enleva le malade au bout de vingt-sept heures.

Certes, ou ma mémoire me sert mal, ou je pourrais citer encore beaucoup d'autres auteurs (Johnson, Scudamore, etc.) qui, avant M. Bouillaud, ont mentionné la coïncidence de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu. Mais je n'ai ni la volonté, ni, je crois, le devoir de le faire. Mon but ici n'est pas de rendre justice à chacun de ceux qui ont apporté une pierre à l'édifice commun, mais de réclamer contre celui qui, venu le dernier, méconnaît les travaux de ses devanciers. Or, lors même que je me seriai borné à rappeler la phrase plus haut citée de l'article *Péricardite* de M. Chomel, c'en aurait été assez pour prouver que, depuis dix ans au moins, la coïncidence de la péricardite et du rhumatisme était une découverte acquise à la science; que, surtout, elle n'avait pas *échappé* à M. Chomel, et qu'elle devait même jouir de la plus grande notoriété, s'il est permis de

s'exprimer ainsi, parmi les médecins déjà fort nombreux qui se sont formés sous les leçons de ce professeur.

Pour ma part, pendant mon intérimat dans le service clinique de l'Hôtel-Dieu, en 1834, (un an avant que M. Bouillaud ne parlât de la péricardite rhumatismale), je recueillis une observation de péricardite rhumatismale, non comme un fait insolite et tout nouveau, mais comme un cas intéressant de la coïncidence dont mon maître, M. Chomel, m'avait instruit depuis long-temps, et que j'avais moi-même déjà eu l'occasion d'observer quelquefois. Je la recueillis, cette observation, pour la joindre, à titre d'exemple, à ce que M. Chomel venait encore de professer sur le danger des péricardites latentes durant le cours du rhumatisme articulaire aigu. Combien alors nous étions loin de penser qu'on vînt jamais à nous déclarer sérieusement que nous n'avions aucune connaissance de la péricardite rhumatismale! Nous ne pensions pas non plus qu'au moment de la publication de notre ouvrage, il s'agirait moins d'établir la réalité de la péricardite rhumatismale, et d'en fournir des exemples, que de démontrer combien est faux le caractère de généralité, et même de presque-universalité, qu'aujourd'hui l'on attribue à cette affection. Mais, avant d'aborder ce dernier point de la discussion, voici toujours mon observation, laquelle donne lieu à quelques réflexions qui ne seront aujourd'hui ni sans utilité ni sans actualité.

XI$_e$ OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Hérédité nulle. Causes inconnues. Première attaque à l'âge de 12 ans. Attaque actuelle, pour la seconde fois, à 19 ans. Guérison des douleurs articulaires, au dixième jour du traitement, par deux saignées générales et des saignées locales répétées, et par la poudre de Dover. Péricardite avec épanchement considérable, survenue pendant le cours du rhumatisme : reconnue au 15e jour seulement depuis l'entrée, elle cède, sans saignées, aux vésicatoires volans, aux purgatifs, et à la digitale. Complète guérison.

Nadot, tourneur en cuivre, âgé de dix-neuf ans, entra, le 8 octobre 1834, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, n. 22.

Son père n'est pas rhumatisant; sa mère est morte de la poitrine.

Il y a déjà six ou sept ans, Nadot fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel il fut traité à l'hôpital de l'Enfant-Jésus, et qui dura environ un mois.

Il y a trois semaines, il commença à éprouver des douleurs dans le jarret et la plante des pieds, dans le creux des mains, et à l'échine du dos. Il dormait, mais il se réveillait avec ces douleurs, qui se dissipaient dans la journée pendant qu'il se livrait à son travail accoutumé, et qui reparaissaient chaque matin. Il y a dix jours, il fut obligé de se mettre au lit, à cause de son genou gauche qui se rhumatisa : il avait peu d'appétit, et mangeait peu.

9 octobre. Au moment de la visite, le genou droit, les plantes des pieds, et les orteils, à l'exception du gros, sont le siége du rhumatisme. Appareil fébrile. (Prescription : *Saignée, 4 palettes;*

(1) Recueillie par M. Requin.

diète; chiendent miellé nitré, 2 pots; cataplasmes.) Le sang fut couenneux.

10 octobre. Le mal siége toujours dans les mêmes points, et, de plus, a envahi l'articulation huméro-cubitale gauche où la saignée a été pratiquée, et la 2e articulation de l'annulaire gauche. Insomnie, fièvre. (Prescription : *Saignée, 4 palettes; etc.*) Toujours couenne sur le sang.

11 octobre. Le malade a dormi six heures. La fièvre persiste. Peu de douleur à la plante des pieds; les genoux peuvent se fléchir sans trop de difficulté. Le coude gauche n'est point dégagé, pas plus que l'annulaire; le doigt indicateur du même côté est pris à la même articulation que l'annulaire. Pas d'appétit; deux selles louables; un peu de toux, et quelques crachats; l'auscultation de la respiration n'offre rien de notable (Prescript. : *Cataplasmes; solution de sirop de gomme; potion gommeuse; diète.*)

12 octobre. Genou gauche encore un peu douloureux. Poignets, mains et doigts très douloureux et gonflés. Insomnie, fièvre. (Prescription : *ut suprà; plus, trente sangsues à partager entre les deux poignets*)

13 octobre. Poignets encore douloureux, mais notablement soulagés; quelques mouvemens y sont possibles. Insomnie, fièvre. (Prescript. : *Cataplasmes; solut. sir. de gomme; pot. gommeuse; dix grains de poudre de Dover en cinq doses; diète.*)

14 octobre. Le poignet gauche est seul encore douloureux; l'épaule du même côté est prise. Sommeil. Peu de fièvre. Appétit. (Prescription : *ut suprà; plus, un potage.*)

16 octobre. L'épaule seule est douloureuse. Sommeil, fièvre nulle, appétit. (Prescript. : *ut suprà ; plus, un quart de portion.*)

18 octobre. Même état. (Prescript. : *Dix sangsues sur l'épaule et sur le ventre.*)

19 octobre. Un peu de soulagement dans l'épaule. Genou droit légèrement rhumatisé de nouveau. Sommeil; fièvre nulle. Le malade mange son quart de portion avec appétit, et digère bien. (Prescript. : *Dix sangsues sur le genou; 10 gr. de poudre de Dover ; cataplasmes*, etc.)

20 octobre. Le malade ne souffre plus d'aucune articulation; il mange avec plaisir et digère bien. Fièvre nulle, toux à peine notable, sans expectoration. Bruit respiratoire normal, à l'auscultation. (Prescription : *Solut. sir. de gomme ; potion gommeuse ; quart de portion, sans vin.*)

Le malade étant réputé convalescent, je ne l'examine et ne l'interroge que fort peu, à la visite, pendant les jours suivans.

25 octobre. Nadot se plaint d'une oppression croissante; il n'a plus d'appétit; il est triste, découragé ; il se sent profondément affaibli et comme brisé, quoiqu'il n'ait point de fièvre et qu'il n'accuse qu'une légère douleur dans l'épaule gauche. Toux rare et légère sans notable expectoration. On procède alors à un examen minutieux du thorax par la percussion et l'auscultation. La région précordiale, où le malade n'accusait d'abord qu'un sentiment d'oppression, est douloureuse à la percussion et à la pression dans toute son étendue. La matité s'étend sur le haut du sternum, et à droite et à gau-

che de ce même os, dans un espace considérable; elle contraste d'une manière frappante avec la sonorité des régions latérales du thorax. A l'auscultation, le cœur ne paraît plus choquer dans le cinquième espace intercostal; les bruits en sont faibles, et ne se font entendre que comme dans le lointain, mais cependant sans irrégularité; on ne perçoit les mouvemens du cœur que comme une espèce de nage de cet organe dans un liquide interposé. (Prescript. : *Vesicatoire volant sur la région du cœur; sulfate de magnésie, une once : solut. sir. de gomme; pot. gommeuse; cataplasme sur l'épaule.*)

26 octobre. Mêmes signes physiques que la veille, à la percussion et à l'auscultation. L'oppression est encore augmentée. (Le purgatif n'a été pris que ce matin). Le malade ne peut rester couché que sur le côté droit. Il étouffe dans le décubitus horizontal, et sur le côté gauche. (Prescript. : *solut. sir. de gomme, 2 pots; cataplasmes sur l'épaule; pédiluves sinapisés, bis; pot. gomm. avec* 15 *gouttes de teintur. de digitale.* Le purgatif a déterminé de nombreuses et abondantes selles.

27 octobre. Mêmes signes physiques. Oppression diminuée; le décubitus horizontal est devenu possible. (Prescript. : *Nouveau vésicatoire volant sur la région précordiale; le reste, ut suprà.*

28 octobre. Le malade hier est allé fort souvent à la selle, et a beaucoup uriné. Il a fort bien dormi cette nuit. La dyspnée est encore diminuée; la voix est moins étouffée et plus libre; appétit. Aujourd'hui on sent distinctement l'impression de la pointe

du cœur contre l'oreille appliquée sur le cinquième espace intercostal du côté gauche. Percussion sonore dans tout le côté gauche. (Prescript. : 3e *vésic. volant : sirop de gomme, 2 pots ; pédiluv. sinapis. bis ; pot. gomm. avec 20 goutt. de teintur. digitale ; huile de ricin, une onc : petit quart de portion sans vin, et 2 tasses de lait.*)

29 octobre. Après les effets du purgatif, le malade a senti sa respiration complètement dégagée ; il se sent bien, il est gai. (Prescript. : *ut suprà, excepté le purgatif.*)

30 octobre. Continuation du bien-être ; même prescription.

Sur ces entrefaites, M. Chomel reprit le service. Nadot continua d'aller de mieux en mieux, reprit ses forces, et sortit parfaitement guéri au bout d'une quinzaine de jours.

Et d'abord, comme dans l'observation ci-dessus mentionnée de M. Andral, remarquons que la péricardite ne fut pas prévenue par un emploi assez large des évacuations sanguines. Dans les premières quarante-huit heures qui suivirent l'entrée du malade, il y eut deux saignées d'une livre chaque ; puis, le 4e jour, trente sangsues ; puis encore, le 8e jour, quinze sangsues. Il faut reconnaître que le développement d'une péricardite chez un rhumatisant ne tient pas à l'insuffisance des évacuations sanguines, mais à une disposition particulière et occulte du sujet. En général, il ne faut pas plus chercher à expliquer pourquoi chez tel ou tel individu le péricarde s'affecte, et chez tel ou tel autre

ne s'affecte pas, qu'on ne tente de rendre raison pourquoi telle articulation se rhumatise plutôt que telle autre.

Quant à l'existence même de la péricardite dans le cas dont il s'agit, je ne pense pas que personne veuille la contester, quoique, heureusement, l'autopsie ne soit pas venue confirmer mon diagnostic. Les signes constatés le 25 octobre, et les jours suivans, par moi et par les personnes qui suivaient ma visite, ne peuvent laisser aucun doute sur la réalité d'un épanchement dans l'intérieur du péricarde; et cet épanchement, eu égard aux rapports connus du rhumatisme articulaire aigu et de la péricardite, doit, sans contredit, être attribué à celle-ci.

Mais un reproche qu'on ne manquera pas de me faire, et que j'attends avec une humble componction, c'est que je n'aie pas exploré plus tôt par la percussion et l'auscultation la région précordiale, et que je n'aie ainsi reconnu la péricardite que lorsque l'épanchement était déjà parvenu à un degré assez avancé. Je l'avoue, j'ai eu tort; et que cet aveu soit ici une consécration nouvelle du précepte depuis long-temps posé et pratiqué par M. Chomel, c'est à savoir que, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, il faut de temps en temps explorer avec soin l'état des poumons et du cœur, même en l'absence complète de troubles apparens de la circulation et de la respiration.

Mais, après le franc et naïf aveu de ma négligence, après m'être reconnu fautif dans toute la rigueur des principes, j'ai droit aussi, ce me semble,

à me prétendre excusable jusqu'à un certain point, à raison de la marche latente et sourde de cette péricardite, qui ne succéda point à une brusque délitescence du rhumatisme articulaire, mais qui survint consécutivement, peut-être même simultanément à la résolution graduelle des douleurs arthritiques, et pendant que l'état général du malade présentait de jour en jour une évidente amélioration. Il y avait un peu de toux; j'auscultai, comme on peut le voir, le murmure respiratoire à plusieurs reprises; je n'y trouvai rien d'anomal. Le malade guérissait; il entrait dans une convalescence apparente. Je négligeai donc la région du cœur. Car je ne pouvais ausculter et percuter en tous points le thorax de quarante à cinquante malades que j'avais à visiter chaque matin. Sitôt que je vis Nadot, tout en étant délivré depuis quelques jours de douleurs articulaires et de fièvre, se plaindre pourtant d'oppression et de malaise, et montrer une tristesse qui n'était nullement en rapport avec sa convalescence apparente, je procédai à l'examen le plus minutieux pour me rendre raison de cet état : je trouvai alors les signes que j'ai relatés dans l'observation, et je diagnostiquai la péricardite. Mais alors même cette péricardite méritait bien encore le nom de maladie latente; sans la percussion et l'auscultation, elle n'eût pas même pu être soupçonnée. Point de palpitations; point d'intermittence du pouls; l'oppression même dont se plaignait le malade, il ne la rapportait nullement à la région précordiale; il n'accusait pas la plus légère douleur dans cette région. Aussi, mon diagnostic, bien que tardif, me

fit-il honneur, ainsi que la guérison rapide qui suivit l'application des moyens de traitement.

La saignée me parut contre-indiquée chez un sujet naturellement peu robuste, et déjà affaibli par des saignées antérieures, et par quinze jours de maladie, et de diète absolue ou du moins très médiocre. J'eus donc recours aux vésicatoires volans, aux purgatifs, et à la digitale, afin de remplir les indications que chacun sait. Je réussis au delà de mon espérance. Immédiatement après l'effet du premier purgatif, le mieux-être se déclara, et continua sous l'influence des moyens précités. Qu'aurait fait de mieux la saignée? Je me trompe : n'aurait-elle pas fait, veux-je dire, plus de mal que de bien? Car, la saignée n'est pas aux inflammations ce que le quinquina est aux fièvres intermittentes; ce n'est pas un spécifique qu'on doive toujours ou presque toujours employer, et dont les contre-indications ne soient que fort rares. C'est un moyen qui est encore plus débilitant qu'il n'est, à proprement parler, anti-inflammatoire, ou, comme on dit, antiphlogistique. On ne doit en user qu'avec une certaine circonspection, et en restant même en deçà des limites que permettent les forces du malade, plutôt que de courir le risque de passer au delà. Autrement, il y a péril de nuire plus au malade que son inflammation ne lui aurait nui si elle eût été abandonnée aux seules ressources de la nature.

Si nous avons contesté à M. Bouillaud, à l'aide de textes formels et irréfutables, qu'il ait été le

premier à découvrir et à signaler la péricardite consécutive ou simultanée au rhumatisme articulaire aigu, en revanche nous ne lui contesterons pas qu'il soit le premier à qui, par je ne sais quel hasard, cette complication se soit présentée plus souvent, (et beaucoup plus souvent) qu'à tout autre observateur. Il a d'abord commencé par prétendre que « la péricardite existe chez la MOITIÉ environ des » individus affectés d'un violent rhumatisme arti» culaire aigu » (*Traité clin. des maladies du cœur*. 1835). Puis, par une sorte de *crescendo*, il dit maintenant avoir vu que, « HUIT FOIS SUR NEUF » un » rhumatisme aigu de plusieurs articulations a été » accompagné d'un rhumatisme du tissu séro-fi» breux du cœur. » (*Nouv. recherches*, p. 27. 1836.) Il conclut de là que « cette coïncidence est donc la » *règle*, et la non-coïncidence, l'*exception.* » M. Bouillaud nous taxerait d'impolitesse si nous allions insinuer que les cas sur lesquels il appuie sa conclusion, n'ont pas été *bien observés*. Nous nous interdirons donc une telle insinuation, quoiqu'il nous en ait donné l'exemple à l'égard des faits recueillis à la clinique de l'Hôtel-Dieu. Nous n'en avons pas besoin, au demeurant, pour combattre cette conclusion. Les observations de M. Bouillaud peuvent être fort vraies et fort justes. Mais pourquoi fonde-t-il, d'après ses seules observations, une loi pathologique? Pourquoi, auparavant, n'appellet-il ni n'attend-il pas le concours de ceux qui observeront en d'autres hôpitaux, en d'autres pays, sous d'autres constitutions médicales? Nous sommes d'accord avec lui sur la séméiologie de la péricardite.

« L'existence d'une péricardite est certaine, » dit-il, « chez un individu affecté d'un rhumatisme articu-» laire aigu, lorsqu'on observe les symptômes sui-» vans : matité de la région précordiale beaucoup » plus étendue qu'à l'état normal (doublée, triplée » dans tous les sens); voussure de la même région; » battemens du cœur éloignés, peu ou nullement » sensibles au toucher; bruits du cœur lointains, » obscurs, accompagnés de différens bruits ano-» maux dont les uns dépendent du frottement des » feuillets opposés du péricarde l'un contre l'autre, » *et dont les autres proviennent quelquefois de la* » *complication de la péricardite avec une endocar-* » *dite valvulaire*. Une douleur plus ou moins vive » à la région précordiale, des palpitations, des ir-» régularités, des inégalités, des intermittences du » pouls, se joignent quelquefois aux symptômes » précédens. » (*Nouv. recherch.*, *p.* 16). Hé bien, ces signes sont-ils si difficiles à saisir, pour que l'on puisse supposer qu'ils échappent, dans la plupart des cas, aux hommes exercés à l'observation clinique? Il faudrait une étrange prévention pour penser que si M. Chomel ne les a pas rencontrés dans la grande majorité des cas de rhumatisme articulaire aigu, c'est qu'il ne les a point cherchés ou qu'il n'a point su les reconnaître, lui qui se fait particulièrement remarquer par sa scrupuleuse attention et sa délicate habileté dans l'exploration du thorax. Au besoin, parmi les nombreux élèves qui assistent à ses visites cliniques, il y en a beaucoup de fort habiles et de fort instruits qui seraient là pour le contrôler et le trouver en défaut. Or, pour ne parler que

de faits observés depuis la publication des *Nouvelles recherches* de M. Bouillaud, faits qui ont dû être et qui ont été recueillis avec la plus minutieuse exactitude quant à ce qui regardait l'état du cœur, on a vu que, sur les huit cas relatés dans le compte-rendu du docteur Grisolle, pas un n'a offert les signes d'une péricardite. Ce résultat est bien contraire à la loi posée par M. Bouillaud. Ainsi donc, à la Charité, les faits disent oui; à l'Hôtel-Dieu, ils disent non. *Hippocrates ait: Galenus negat.* C'est le temps qui accumulera les observations et décidera la question. En attendant, nous dirons comme par le passé, comme auparavant, que la péricardite est un accident qui se lie quelquefois au rhumatisme articulaire aigu, et semble reconnaître la même origine; que cette complication peut même, sous certaines constitutions médicales, devenir moins rare que de coutume, comme cela paraît avoir eu lieu dans l'épidémie de Storck; mais qu'en définitive il n'y a pas co-existence constante, ni même ordinaire, entre les deux maladies.

D'ailleurs, la péricardite n'est pas la seule phlegmasie séreuse dont on ait observé la coïncidence avec le rhumatisme articulaire aigu. Nous avons plus haut, dès le commencement de ce paragraphe, particulièrement signalé la pleurésie de pair avec la péricardite. Nous avons également recommandé de se mettre en garde contre le développement latent d'un épanchement pleurétique, tout aussi bien que contre celui d'un épanchement du péri-

carde. Il ne faut pas moins avoir soin, durant le cours du rhumatisme articulaire aigu, d'explorer de temps à autre, par la percussion et l'auscultation, les régions thoraciques qui correspondent aux poumons que celle qui correspond au cœur. M. Chomel, en effet, dit avoir observé la coïncidence de la pleurésie avec une affection rhumatismale tout aussi souvent, au moins, que celle de la péricardite. Cette simple assertion de la part d'un praticien aussi expérimenté et aussi consciencieux que lui, a, ce me semble, une valeur assez grande, même à défaut de ces chiffres statistiques qui sont si fort à la mode aujourd'hui. M. Chomel, il est vrai, n'a entre les mains la rédaction détaillée d'aucune de ces *pleurésies rhumatismales* qu'il a observées. J'en observai moi-même autrefois quelques cas dans les hôpitaux; ne songeant pas que je dusse un jour écrire sur ce point, et me bornant à observer pour ma propre instruction et non pour celle d'autrui, je gravai le fait dans ma mémoire : car, pour mon compte, j'ai toujours mieux aimé fixer une vérité dans mon esprit que dans mes papiers. Depuis que j'ai été chargé de rédiger ces leçons sur le rhumatisme, je n'ai pas été aussi heureux à l'égard de la pleurésie qu'à l'égard de la péricardite : la première affection ne s'est présentée à moi dans aucun des cas assez nombreux de rhumatisme articulaire, dont je recueillis par écrit l'histoire pendant mon intérimat dans le service clinique de l'Hôtel-Dieu. Mais, à défaut d'observations détaillées qui nous soient propres, nous en pourrions emprunter deux à l'excellent répertoire de M. Andral. Nous y ren-

voyons nos lecteurs. Nous ne prétendons pas, nous, avoir le monopole de la vérité, et nous cherchons partout ce qui peut servir à la démontrer et à la répandre. Dans l'un des cas racontés par M. Andral (*Cliniq. médic.* 1834, t. II. p. 502.), la pleurésie fut latente; un épanchement se forma, durant le cours du rhumatisme articulaire, tout à la fois dans les deux plèvres, sans qu'aucune douleur l'annonçât; il ne fut diagnostiqué à l'aide de la percussion et de l'auscultation que lorsqu'il fut parvenu à un degré considérable, et qu'une oppression extrême, coïncidant avec la disparition des douleurs rhumatismales, eût commandé l'exploration du thorax; au reste, une fois reconnu et traité, il se termina par une guérison rapide: ce cas, tant pour l'époque et les circonstances du diagnostic que pour le succès de la cure, offre beaucoup d'analogie avec le cas de péricardite rhumatismale que j'ai rapporté plus haut; il prête aux mêmes reproches, et offre les mêmes motifs d'excuse. Dans l'autre cas (*Clin. méd.* p. 504), consécutivement à la brusque disparition d'un rhumatisme articulaire aigu trois jours après son invasion, la pleurésie, double aussi, comme la précédente, mais non pas latente, s'annonça franchement par un double point de côté, une forte dyspnée, une sorte de toux convulsive, un sentiment particulier de constriction de la poitrine dans le sens du diamètre transversal; puis, la phlegmasie s'étant propagée de la plèvre au parenchyme pulmonaire, qui, d'ailleurs, était préalablement tuberculeux, la mort du sujet s'ensuivit.

Enfin, la péritonite et la méningite peuvent aussi, quoique plus rarement encore, à ce qu'il paraît, que la péricardite et la pleurésie, se déclarer dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. On en trouve des exemples non moins authentiques que remarquables dans les écrits des observateurs. Relativement à la péritonite arthritique ou rhumatismale, nous citerons deux observations, l'une de Pinel, (*Médecine clinique*, p. 243), l'autre de M. Andral (*Clinique médicale* 1827, t. IV p. 535). Voici l'extrait succinct de l'une et l'autre. Observation de Pinel: une femme, âgée de soixante-deux ans, sujette à la goutte, éprouvait depuis quelques jours des symptômes arthritiques au pied gauche; à la suite d'un accès de colère, la goutte du pied disparaît; deux heures après, symptômes alarmans du côté de l'estomac et du péritoine: mort le sixième jour; l'autopsie démontre l'existence d'une gastro-péritonite. Observation de M. Andral: un homme de cinquante-sept ans, atteint depuis environ quinze jours d'un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, est tout-à-coup pris de douleurs abdominales dont l'invasion coïncida avec la disparition des douleurs arthritiques; c'était une péritonite sur-aiguë, qui remplaça le rhumatisme, se fit reconnaître par des signes évidens dès le lendemain de son apparition, et détermina la mort le surlendemain; à l'autopsie, on trouva dans le péritoine une énorme quantité d'un liquide rouge. » Ce liquide, dit M. Andral, » était du sang, ou du moins de la sérosité unie à » la matière colorante du sang. . . .; il y avait de » plus des flocons, des fausses membranes, qui at-

» testaient que cette sorte d'hémorragie se trouvait » liée à un état inflammatoire du péritoine. »

Voici maintenant des exemples de méningite. D'abord, dans deux cas mortels rapportés par Storck dans sa description déjà citée d'une épidémie de fièvre rhumatismale, les caractères anatomiques de la méningite sont clairement indiqués, en même temps que ceux d'un épanchement pleurétique. Je traduis ici les propres paroles de cet auteur. « Deux de ces malades (rhumatisans) furent » pris tout-à-coup d'oppression, et de somnolence; » leur voix s'éteignit, leur respiration devint su» blime, et ils ne purent demeurer couchés; le » pouls fut sur-le-champ petit, tremblotant, inégal; » face livide; extrémités froides; la mort survint » le lendemain. A l'ouverture de ces deux cadavres, » on rencontra en très grande abondance une *ma-* » *tière jaune* et *gélatineuse* entre les poumons et » la membrane qui les revêt et les entoure; et la » substance entière des poumons se trouvait com» primée, et réduite à un très petit volume. Une » matière semblable existait aussi en égale abon» dance entre la pie-mère, d'une part, et le cer» veau, et le cervelet, d'autre part; les ventricules » antérieurs du cerveau étaient pareillement pleins » de la même *gelée*. » Quoique ces lésions anatomiques soient décrites avec moins d'exactitude qu'elles ne le seraient aujourd'hui, et suivant une phraséologie qui n'est pas tout-à-fait celle de notre siècle, personne, je pense, ne révoquera en doute qu'il n'y eût là pleurésie et méningite. En ces deux cas, la méningite, comme la pleurésie, ne se tra-

duisit point au dehors par des symptômes immédiats d'exaltation vitale, ou symptômes d'irritation, mais par les seuls symptômes de la compression à laquelle le cerveau, comme les poumons, était soumis par suite des progrès de l'épanchement. Nous avons déjà vu que c'était ainsi que se comportaient le plus ordinairement les pleurésies et les péricardites rhumatismales; qu'elles avaient en général un caractère latent, jusqu'à ce que l'épanchement fût devenu très considérable. En serait-il donc de même de la méningite rhumatismale? Je suis porté, pour ma part, à le penser; et je crois que c'est à cette affection qu'il faut attribuer les faits d'*apoplexie rhumatismale*, tels que ceux que nous allons citer. Mettons en première ligne, non pas tant à raison de la priorité chronologique du fait, qu'à raison de la haute autorité du témoin, l'observation suivante de Stoll. « Un malade, alité depuis » quatorze jours par une fièvre rhumatismale, fut » pris tout à coup de délire, puis tomba dans un » assoupissement apoplectique, et périt peu de » jours après. On trouva une notable quantité d'un » liquide aqueux entre l'une et l'autre méninge et » dans les ventricules latéraux; on trouva aussi un » épanchement séro-sanguinolent (*humor aquoso-* » *cruentus*) au dessous de la tente du cervelet. » (*Rat. medend.* 1779, september). Scudamore, dans son traité du rhumatisme, à l'article du *siége*, dit avoir observé, chez une jeune *lady* délicate, âgée de quinze ans, les symptômes d'un épanchement intra-crânien, qui fut promptement mortel, et qui s'était déclaré en même temps que les phénomènes

arthritiques changeaient de siége dans les membres : il mentionne ce fait comme une chose rare, et il y voit une inflammation rhumatismale du tissu séro-fibreux qui revêt le cerveau, c'est-à-dire, de la dure-mère et de son feuillet arachnoïdien. M. le docteur Enguehard a, dans sa thèse inaugurale déjà citée, rapporté le fait suivant, d'après le témoignage de M. le professeur Marjolin, qui l'avait raconté dans ses leçons orales, et qui m'en a confirmé récemment l'exactitude. « Un rhumatisme » violent occupait le genou, la hanche, et les mus- » cles de la cuisse n'en étaient pas exempts eux- » mêmes; on fit une nombreuse application de » sangsues, qu'on laissa largement saigner; le ma- » lade fut soulagé, et ne tarda pas à s'assoupir. On » respecta son sommeil pendant un grand nombre » d'heures; enfin on voulut le réveiller, mais ce fut » en vain; le malade était plongé dans un coma » profond; les sinapismes, l'eau bouillante même, » et tous les autres moyens mis en usage en pareil » cas furent employés sans succès, et le malade ne » tarda pas à succomber (p. 18) ». Enfin, pour terminer par un récent et douloureux exemple, mon digne confrère et ami le docteur Leloutre a été enlevé, il y a quelques mois, par une mort aussi rapide que prématurée, peu de jours après l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu, par suite d'un état comateux et apoplectiforme, ainsi que me l'ont assuré plusieurs de ses amis, qui sont aussi les miens, et qui avaient assisté à sa maladie.

De tout ce qui précède, il résulte donc bien évidemment, en définitive, que sous l'influence d'un

rhumatisme articulaire aigu, disons mieux, sous l'influence de la diathèse générale qui constitue cette affection, il peut survenir, en vertu de dispositions individuelles, telle ou telle phlegmasie séreuse, soit à titre de complication, soit en guise de métastase.

Le fait une fois constaté, nous pouvons sans doute l'expliquer par l'analogie anatomique des membranes séreuses avec les membranes synoviales, que nous reconnaissons devoir être enflammées, et que nous avons dit être le siége d'une irritation sécrétoire dans le rhumatisme articulaire intense, quoique, pour ma part, je pense que la phlegmasie synoviale n'est pas primitive, mais consécutive par raison de contiguité à l'inflammation du tissu fibreux. De plus, les membranes séro-fibreuses, comme la dure-mère et le péricarde, ont une analogie complète, je dirai presque une véritable identité, avec les tissus séro-fibreux des articulations. Rien de moins surprenant que l'affection de tissus semblables et à peu-près identiques sous l'empire d'une même cause morbifique. Il y aurait cependant, peut-être, une différence à signaler : c'est qu'en cas de phlegmasie séreuse, on trouve, à l'autopsie, des épanchemens séro-purulens; et que dans les épanchemens intra-articulaires, dans ces hydrarthroses, par exemple, qui se résolvent et disparaissent si vite, il n'y a probablement que de la sérosité.

Si le rhumatisme a son siége sur les parois du thorax, la phlegmasie séreuse peut encore s'expliquer par raison de contiguité, comme je m'explique la phlegmasie synoviale elle-même. La peau qui avoisine

l'articulation rhumatisée, s'enflamme bien. Quoi de plus simple que la plévre ou le péricarde, dans le cas d'un pareil voisinage, vienne pareillement aussi à s'enflammer. Nous avons montré ailleurs que la péritonite était à craindre à la suite du rhumatisme des parois abdominales. A la tête, le crâne est en quelque sorte une barrière qui doit empêcher le rhumatisme de se propager ainsi par voie de continuité du dehors au dedans. Si la métamorphose du rhumatisme épicrânien en méningite peut avoir lieu, ce dont nous ne connaissons d'ailleurs aucun exemple, elle doit être au moins excessivement rare, tandis que celle de la pleurodynie en pleurésie s'offre assez fréquemment à l'observation.

Mais d'où vient qu'en l'absence de la circonstance toute locale de continuité, et sous l'influence générale de la diathèse rhumatismale, la plévre et le péricarde s'enflamment plus souvent que le péritoine et l'arachnoïde? Pourquoi cette rareté relative de la péritonite et de la méningite rhumatismales? Nous ne le savons pas, et nous ne nous évertuerons pas à chercher une raison quelconque. Constatons avec soin les faits : mais renonçons à les expliquer tous.

§ VII. — Y a-t-il, ou non, coïncidence presque constante d'un endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu général ?

M. Bouillaud, sur le frontispice même de ses *Nouvelles Recherches*, annonce cette coïncidence comme une *loi*. Et d'abord, soit dit en passant, il promet dès le début beaucoup plus qu'il ne tient. Après s'être engagé à poser une *loi précise* (p. 3), à dire par conséquent dans quel *rapport exact* (p. 7),

l'endocardite coïncide avec le rhumatisme articulaire aigu, il finit par formuler ainsi sa loi : « Dans » la grande majorité des cas de rhumatisme articu- » laire aigu *généralisé*, fébrile, il existe, à un degré » variable, un rhumatisme du tissu séro-fibreux du » cœur. » (p. 29). Certes, ce n'est pas là ce qu'on peut appeler une loi précise : car, outre que la péricardite et l'endocardite s'y trouvent toutes deux englobées et confondues, la fréquence prétendue de leur coïncidence avec le rhumatisme articulaire n'y est pas du tout représentée par un *rapport exact*, mais par une formule vague et indéterminée, par un à peu-près. Cette indétermination, je le sais bien, est chose nécessaire et forcée en tout ce qui concerne la médecine; car la médecine, après tout, n'est pas encore, (et le sera-t-elle jamais ?) une *science exacte*, c'est-à-dire, une science, comme l'astronomie, la physique, etc., où les rapports des faits entre eux peuvent être exprimés avec une rigueur mathématique. Je ne reprocherais donc pas à M. Bouillaud un défaut de précision, qui tient à la nature même de notre science, et dérive inévitablement de l'immense complexité des phénomènes de la vie, s'il n'avait pas d'abord parlé en géomètre plutôt qu'en physiologiste. Et moi aussi, j'aime les chiffres, mais là où ils sont applicables. En médecine, le langage mathématique est un faste hors de propos : il y a plus, il est, pour ainsi dire, un dangereux conseiller; il inspire, si l'on n'y prend garde, des règles absolues et exclusives.

Venons maintenant au fond de la question, en ce qui touche l'endocardite; car nous nous sommes

suffisamment expliqués, dans le paragraphe précédent, sur la coïncidence de la péricardite.

Pour la démonstration de la prétendue loi, ce n'est pas sur une statistique d'autopsies que M. Bouillaud s'appuie, mais sur le seul et simple diagnostic qu'il a porté au lit du malade dans les cas soumis à son observation. Or, ce procédé n'est pas irréprochable, tant s'en faut, et n'est pas de nature à entraîner la conviction, surtout quand il s'agit d'une affection, qui, en elle-même et abstraction faite de toute complication, n'offre encore que doutes et obscurités, sinon quant à la réalité de son existence, du moins quant à la certitude de ses signes. M. Bouillaud avait dit et avait, en effet, pu dire : « L'existence d'une péricardite est certaine, » etc. (Voyez ci-dessus, pag. 204). Malgré son penchant presque irrésistible aux affirmations absolues, il expose sa séméïologie de l'endocardite avec une restriction bonne à remarquer, et qui est une sorte d'aveu qu'il est seul de son avis.

« La coïncidence d'une endocardite avec un rhu-
» matisme articulaire aigu est, *pour nous*, certaine,
» lorsque les signes suivans se présentent :

» Bruits de soufflet, de râpe ou de scie dans la ré-
» gion précordiale, laquelle rend un son mat dans
» une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'é-
» tat normal, et présente aussi quelquefois, mais à
» un moindre degré que dans la péricardite avec
» épanchement, une saillie, ou voussure anormale ;
» les battemens du cœur soulèvent fortement la ré-
» gion précordiale, et ils sont assez souvent irrégu-
» liers, inégaux, intermittens, accompagnés par-

» fois d'un frémissement vibratoire. Pouls dur,
» fort, vibrant, inégal, intermittent, comme les
» battemens du cœur. »

M. Bouillaud a raison de dire qu'en pareil cas il a une conviction à lui propre, une conviction personnelle; car elle serait, en effet, bien malaisée, je crois, à communiquer à tous les médecins. Pour ma part, je ne conçois pas, d'abord, comment l'endocardite peut augmenter la matité et produire la voussure de la région précordiale. Que cette lésion puisse, si petite qu'elle soit, occasioner le plus grand trouble dans la circulation, et de là dans toute l'économie, et déterminer même la mort; je le comprends sans peine : il n'y a rien là qui ne soit conforme aux lois de la physiologie pathologique. Mais comment se ferait-il qu'une altération toute renfermée à l'intérieur du cœur pût, comme un excès de volume de cet organe, ou comme un épanchement du péricarde, avoir pour résultat physique de déformer la paroi antérieure du thorax, et d'en diminuer la sonorité? Explique qui pourra cette difficulté, je dirai presque cette impossibilité.

Quoi qu'il en soit, au moins est-on obligé de reconnaître que ces phénomènes physiques de matité et de voussure ne sont pas des signes propres à l'endocardite, mais lui sont communs avec la péricardite, comme le déclare M. Bouillaud lui-même; et j'ajouterai, avec l'hypertrophie ou la dilatation du cœur. Quant aux phénomènes dynamiques ou vitaux de trouble circulatoire, certes il s'en faut de beaucoup qu'ils aient rien de pathognomonique, rien de propre à baser un diagnostic précis.

Reste donc le bruit de soufflet, de râpe ou de scie. C'est là le seul signe différentiel qui, comparaison faite des tableaux séméïologiques de la péricardite et de l'endocardite, tels que M. Bouillaud lui-même les a tracés, appartiennent particulièrement, mais non pas encore sans quelque restriction (1), à la seconde affection. Voilà le signe qu'il a placé, comme on l'a vu, en première ligne dans le diagnostic général, et qu'il rappelle surtout dans le diagnostic particulier des observations sur lesquelles il s'appuie. Hé bien! ces bruits anomaux ne sont pas non plus des phénomènes vraiment caractéristiques, et qui soient exclusivement propres à l'endocardite, ni même qui se rattachent nécessairement à quelque lésion que ce soit, visible et palpable, du cœur ou de ses membranes. Il est généralement reconnu aujourd'hui, que le bruit de soufflet ne coïncide pas plus constamment avec le rétrécissement ou l'insuffisance des valvules, avec l'hypertrophie ou la dilatation du cœur, qu'avec un simple état d'anémie, comme, par exemple, dans la chlorose, ou après d'abondantes pertes de sang. Le fait suivant, récemment recueilli à la clinique de l'Hôtel-Dieu, fournit une preuve nouvelle et remarquable de cette liaison du bruit de soufflet avec la diminution de la quantité normale du sang.

(1) « . . . . La péricardite peut exister sans épanchement
» notable et avec production seulement de pseudo-membra-
» nes. Alors. . . . , le bruit de scie ou de soufflet, le frémis-
» sement vibratoire de la région précordiale, peuvent se pré-
» senter dans ce cas comme dans l'endocardite. »
(*Nouv. Rech.*, page 18.)

XIIe OBSERVATION. (1).

Pneumonie. Traitement par les saignées répétées. BRUIT DE SOUFFLET dans la région précordiale, au 5e jour, après six saignées. Mort.—*Autopsie* : hépatisation pulmonaire ; nulle lésion du cœur ou du péricarde.

Liénel, âgé de 29 ans, maçon, d'une constitution médiocrement forte, jouit habituellement d'une bonne santé. Il est soumis à des conditions hygiéniques favorables. Dans la nuit du 19 au 20 mars 1836, sans cause connue, sans qu'il se fût refroidi la veille ou les jours d'avant, il est pris de malaise, d'un point de côté à droite, et rejette peu après des crachats sanguinolens.

Entré le 21 à la Clinique, ce malade accuse une douleur pleurétique dans la région mammaire droite; la respiration est haute et à 44; le pouls très mou, dépressible même, bat 120 fois. La région du cœur, examinée avec soin, n'est le siége d'aucune douleur et d'aucuns bruits anormaux; l'impulsion est peu forte. Le thorax offre, à la percussion, une bonne résonnance, et, à l'auscultation, une respiration vésiculaire, excepté, à droite, dans la fosse sus-épineuse et dans la partie supérieure de la fosse sous-épineuse, dans une étendue de trois travers de doigt; dans ces points, l'on entend de la respiration bronchique et de la bronchophonie, avec peu de crépitation : il n'y a pas de crachats. Langue humide. Il a eu trois selles liquides avec coliques. Il y a un peu de céphalalgie; la sclérotique

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

présente une légère teinte ictérique. (*Saignée de seize onces.*) Le sang est couenneux et dense.

Le 22. Pas de crachats ; mêmes résultats d'auscultation et de percussion que la veille ; pouls (120), moins dépressible ; langue un peu sèche ; douleur vive dans les muscles lombaires. (*Saignée de dix-huit onces ; pot. gom. avec une once et demie d'huile de ricin ; viol. sir. gom. 2 pots.*) Il vomit sa potion et n'a pas de selles. Le soir, il y a de l'accablement ; la respiration est à 36 ; le pouls à 140, assez dur et dicrote. (*Saignée de dix-huit onces.*) Même couenne, même densité du caillot.

Le 23. Pouls à 112, assez large ; point de crachats ; pas de selles. Même état pour le reste que la veille. (*Saignée de dix-huit onces.*) Le malade a une légère syncope à la fin de cette saignée. Le soir, 36 respirations, 130 pulsations, chaleur âcre ; respiration bronchique, bronchophonie et matité dans le tiers supérieur et postérieur droit. (*Saignée.*) Une syncope qui survient ne permet de tirer que dix onces de sang.

Le 24. 36 à 40 respirations, 128 pulsations, le pouls offre encore un peu d'ampleur et de résistance, les résultats d'auscultation sont les mêmes qu'hier, pas de selles. (*Pot. gom. avec 2 gouttes d'huile de croton ; Saignée de dix-huit onces.*) Le soir, le malade est faible, très affecté ; la constipation persiste. (*Pot. gom. de six onces avec 8 grains d'émétique.*)

Le 25. Même accablement, un seul vomissement, pas de selles ; respiration bronchique et matité, limitées aux mêmes points ; la région du cœur, qui

avait été explorée à chaque visite, offre aujourd'hui pour la première fois un bruit de soufflet très évident, sans aucune voussure ni douleur locale. (*Pot. gom. avec* 8 *grains d'émétique.*)

Ce souffle accompagnant le premier bruit du cœur persiste avec une intensité variable jusqu'au 27. La bronchophonie et la matité ont gagné le voisinage de l'aisselle : la dose de l'émétique est élevée jusqu'à 12 gr. par jour; le malade a quelques selles involontaires, l'accablement augmente. Mort le 28.

Autopsie.

Poitrine. Hépatisation rouge et grise du lobe supérieur et d'une portion du lobe moyen du poumon droit, occupant les trois-quarts postérieurs de son épaisseur.

Cœur. Caillots noirâtres non adhérens dans les cavités droites; aucune coloration des parois ; point de végétations, d'épaississement ou d'opacité sur la membrane interne. Le cœur d'un volume ordinaire a une bonne consistance. Les parois du ventricule gauche ont six lignes d'épaisseur à la base ; celles du droit, une ligne et demie, les colonnes charnues non comprises. Le péricarde ne contient ni épanchement ni fausses membranes.

Il n'y a rien d'important à noter dans les autres cavités splanchniques.

Avec un fait semblable par devers soi, n'est-on pas bien autorisé à se méfier de la valeur séméïologique du bruit de soufflet relativement à l'endo-

cardite? Et, par conséquent, n'a-t-on pas eu raison, à l'école clinique de l'Hôtel-Dieu, contrairement peut-être aux allures de l'école clinique de la Charité, de douter qu'il y eût endocardite dans le cas suivant de rhumatisme articulaire aigu, le seul qui, sur les neuf observations rapportées dans le compte-rendu du docteur Grisolle, ait présenté le bruit de soufflet?

XIII[e] OBSERVATION. (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Cause prédisposante: hérédité. L'action du froid humide ne peut être invoquée. Rien du côté du cœur, durant la maladie même. Traitement : 4 saignées générales (3 livres de sang, somme totale), dans les premiers jours: puis encore, à diverses reprises, 50 sangsues en tout. Guérison complète des douleurs, au 23[e] jour de la maladie, 21e du traitement. Bruit de soufflet pendant la convalescence.

Corneille, âgé de 17 ans, épicier, d'un tempérament éminemment lymphatique, d'une santé habituellement bonne, est issu d'un père sujet aux rhumatismes; il reste habituellement dans des lieux secs.

Dans les derniers jours du mois de novembre (1835), il éprouve un peu de malaise (il ne s'était pas refroidi). Le 3 décembre, il souffre dans les articulations tibio-tarsiennes, qui se tuméfient; il peut néanmoins travailler encore pendant deux jours; mais, le 6, il lui est impossible de marcher.

Le 7, la fièvre s'allume en même temps que le rhumatisme a envahi toutes les articulations du membre supérieur droit et le genou correspondant. Le 8, le

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

genou gauche est affecté. Le 7 et le 8, on lui tire, en deux fois, au moins six palettes de sang; il n'en éprouve que peu de soulagement. Sa langue est blanche, il a soif, il a des envies de vomir, et est constipé. A l'exception des hanches et du bras gauche, toutes les articulations des membres sont extrêmement douloureuses; la plupart sont tuméfiées. Le pouls, large et dur, bat 108 fois. Le malade n'accuse aucune douleur pour respirer, il ne tousse pas. Le thorax est sans voussure à la région précordiale; la matité du cœur a un pouce et demi de haut en bas; transversalement elle ne s'étend pas jusqu'au mamelon. Dans ce point, la respiration est pure, les battemens du cœur sont réguliers, ils ont leur rhythme et leur timbre ordinaires; on n'entend aucun des bruits anormaux. (*Saignée de seize onces.*)

Le 10, même état. (*Saignée de seize onces; quinze sangsues sur le poignet droit*, qui est plus douloureux.)

Le 11, le pouls est à 96, les mêmes articulations restent envahies, les deux genoux sont très tuméfiés. (10 *sangsues sur chacun d'eux*).

Le 12, pouls à 94; le genou gauche est revenu à son volume normal, le droit est encore un peu tuméfié, les autres articulations sont beaucoup moins douloureuses.

Le 13, pouls à 92; douleur revenue dans le pied droit; la hanche correspondante est affectée.

Jusqu'au 23, l'état du malade est à peu près stationnaire; le pouls varie entre 88 et 100. Les douleurs restent bornées aux genoux, aux pieds, et au poignet droit. La chaleur est douce, la soif peu vive,

il y a deux à quatre selles. Le malade mange deux soupes.

Le 23, 15 sangsues enlèvent la tuméfaction et la douleur dont le genou gauche était encore le siége.

Le 26, il n'existe plus de douleur nulle part.

Le 5 janvier, en auscultant le cœur (ce que l'on faisait tous les jours, même après la guérison du malade), nous constatons un bruit de soufflet très faible, limité à la pointe du cœur, et qui n'est accompagné d'aucune sensibilité, d'aucune voussure ou matité anormale à la région précordiale. A cette époque, ce jeune homme est très faible, il a une pâleur vraiment chlorotique; il sort de l'hôpital le 9, le bruit de soufflet a cessé.

Nous avons revu ce malade vingt jours après : il était encore très faible, n'éprouvait aucune palpitation, et les battemens de son cœur n'offraient rien d'anormal.

L'idée qui nous paraît la plus probable dans ce cas, est de rapporter ce bruit de soufflet survenu, sans autres symptômes spéciaux du côté du cœur, vers la fin du traitement et non durant la maladie même, à l'abondance des évacuations sanguines, qui, soit dit en passant, ne hâtèrent pas la guérison, amenèrent une excessive faiblesse, et un état comme chlorotique, et influèrent certainement sur la longueur de la convalescence. Si le bruit de soufflet est si souvent entendu, à la clinique de la Charité, durant le cours des rhumatismes articulaires aigus, serait-ce une pensée par trop téméraire que d'attribuer cette fréquence à la prodigalité habituelle

que le chef de service met à répandre *coup sur coup* le sang de ses rhumatisans? Car, saigner, encore saigner, et saigner derechef, voilà pour lui la *règle*, bien ou mal entendue (ce n'est pas ici la question) : et l'on sait que, la *règle* une fois posée, il a peu de goût, en quoi que ce soit, pour l'*exception*.

Le bruit de scie ou de râpe, quoique certains auteurs lui aient attribué, dans ces derniers temps, plus d'importance séméïologique qu'au bruit de soufflet, et en aient fait un signe presque exclusif des lésions valvulaires, ne nous paraît pas, à nous, aussi caractéristique qu'on se plaît à le prétendre. M. Marshall Hall, médecin anglais très distingué, a prouvé, ce me semble, jusqu'à l'évidence (*Medico-chirurg. Trans.*, t. XVII) (1) que, après les pertes copieuses de sang, ce bruit se manifestait souvent à l'auscultation. Ainsi le bruit de scie, pas plus que le bruit de soufflet, dont, suivant Laennec, il n'est qu'une variété et une nuance, et avec lequel il alterne souvent chez beaucoup de sujets, n'est inévitablement lié à une lésion déterminée dans la structure du cœur ou de ses annexes; on doit également le considérer comme un phénomène qui dépend tout aussi souvent de quelque changement dynamique dans le jeu du cœur et dans le mode de circulation du sang à travers cet organe, que d'une

(1) La traduction du Mémoire de Marshall Hall se trouve dans les *Archives* (t. II, 2e série. Juillet et août 1833.)

altération anatomique quelconque. C'était l'opinion de l'immortel inventeur de l'auscultation, et je ne vois pas qu'à cet égard on ait réellement acquis de plus grandes lumières, depuis que tant d'observateurs glanent dans le champ nouveau que ce grand homme a ouvert à la science, et où il a si largement moissonné.

Aussi, dans le fait suivant, le seul encore qui, des neuf cas précités, ait offert le bruit de râpe, bien qu'on n'eût pas à invoquer une abondante perte de sang, on est resté dans le doute à la clinique de l'Hôtel-Dieu, relativement à l'existence ou à la non-existence d'une endocardite. Est-ce donc scepticisme outré, ou bien sage et philosophique réserve? Nos lecteurs vont en juger.

XIVe OBSERVATION. (1).

Rhumatisme articulaire aigu : 3e attaque à 26 ans. Hérédité nulle. Première attaque à 12 ans. Nul refroidissement n'a précédé l'attaque actuelle. Guérison complète des douleurs au 8e jour, après deux saignées seulement. Dix jours après, bronchite aiguë; quelques phénomènes anomaux du côté du cœur, BRUIT DE RAPE (Endocardite?) Tout cela disparaît en quelques jours.

Beauvais, âgé de 26 ans, marchand de vin, autrefois boucher, de constitution médiocrement forte, mais d'une bonne santé habituelle. Ses parens ne sont pas rhumatisans. Cet homme a eu une attaque de rhumatisme articulaire avec fièvre, à l'âge de douze ans; elle se prolongea cinq semaines. Une seconde attaque eut lieu à vingt ans, sa durée

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

fut de quinze jours. Il n'a été soumis dans les deux cas à aucun traitement actif. Il n'éprouve jamais de palpitations. Il n'est pas essoufflé, quoiqu'il se livre souvent à des excès alcooliques.

Le 22 décembre (1835), sans s'être préalablement refroidi, il éprouve beaucoup de difficulté à marcher, à cause d'une vive douleur qui a envahi le genou droit.

Entré le 27 à l'hôpital, il se plaint vivement des épaules, des genoux, et les poignets sont gonflés et douloureux. La soif est vive, la langue blanchâtre; le pouls à 112, large et dur; la région du cœur exempte de matité et de tous bruits anormaux. (*Saignée de seize onces.*)

Le 28, pas de changemens. (*Saignée de douze onces.*) Le pouls tombe à 92.

Le 30, toutes les douleurs ont cessé complétement. Depuis la veille au soir, le malade est convalescent.

Le 9 janvier, il est affecté, sans cause connue, de bronchite aiguë; et, en auscultant la région précordiale, nous constatons pour la première fois que les battemens du cœur sont plus sourds, comme voilés. Si on pratique la percussion sur ce point, le malade éprouve un frissonnement, une sensation désagréable plutôt que douloureuse. La matité est dans les limites ordinaires, la respiration est pure. Il n'y a point d'impulsion. Le pouls, à 90, est régulier. (*Saignée de douze onces.*)

Du 10 au 17, on perçoit distinctement à la pointe du cœur un bruit de râpe, qui diminue peu à peu d'intensité, et a presque disparu le 17. La percus-

sion de la région précordiale ne cause plus aucune sensation désagréable. La bronchite est guérie.

Le malade sort le 23. A cette époque, le pouls bat 68 fois, il est régulier. Le malade marche toute la journée sans être oppressé; il n'a pas d'œdème.

Il est permis de supposer que, dans le cas précédent, par suite de la disparition rapide de la fièvre et des douleurs arthritiques, quoique après quelques jours d'intervalle, il y a eu développement d'une endocardite rhumatismale, qui donna lieu au bruit de râpe et aux autres phénomènes anomaux du côté du cœur; mais ce ne peut être qu'une supposition et rien de plus.

Ce n'est donc pas que nous rejetions absolument la possibilité d'une endocardite qui soit ou concomitante ou consécutive du rhumatisme articulaire aigu. Tout au contraire. Plus heureux que M. Bouillaud, qui, dans les cas que présentent ses *Nouvelles recherches*, ne conclut à l'existence d'une endocardite que d'après des signes non moins incertains dans leur ensemble qu'ils le sont chacun en particulier, nous pouvons, nous, offrir à nos lecteurs le cas suivant, récemment observé à la clinique de l'Hôtel-Dieu, et dans lequel l'autopsie, seule preuve décisive et péremptoire de la réalité de toute maladie dont le diagnostic est encore équivoque, a fourni un bel exemple de l'altération décrite par M. Bouillaud sous le nom d'endocardite dans son *Traité clinique des maladies du cœur*.

XV[e] OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu, avec complication de rhumatisme musculaire. Hérédité nulle. Point de refroidissement, comme cause déterminante. Traitement par les saignées répétées. (Huit livres de sang en cinq jours.) Quelques symptômes du côté du cœur, mais peu caractéristiques et peu constans. Mort au 24[e] jour depuis l'invasion fébrile. — *Autopsie :* nulle lésion dans les articulations; péricardite légère. Endocardite ?. Épanchement séreux dans la plèvre droite.

Miguet (Louise), âgée de 27 ans, lingère, affirme n'avoir jamais eu d'affection rhumatismale : elle a toujours joui d'une bonne santé. Accouchée il y a sept ans, ses règles apparaissent régulièrement tous les mois, et ne coulent que pendant deux ou trois jours. Elle habite au septième étage dans la rue Saint-Jacques. Sa nourriture est bonne. Elle ne connaît personne dans sa famille qui ait des accès de rhumatisme ou de goutte.

Interrogée plusieurs fois sur les circonstances qui ont précédé la maladie actuelle, Louise assure *qu'elle ne s'est pas refroidie,* qu'elle n'a fait *ni courses ni ouvrages forcés*. Le 13 mars, pendant qu'elle était occupée à coudre, elle éprouve tout à coup des douleurs dans les fesses, les cuisses et les mollets. Pendant les quatre jours qui suivent, elle peut se livrer, quoique avec peine, à ses occupations journalières ; mais, le 18, ses souffrances sont si vives, qu'elle est forcée de s'aliter; la fièvre s'allume en même temps que toutes les articulations des membres inférieurs se prennent à la fois.

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

Le 21 (neuvième jour de la maladie), Louise est apportée sur un brancard dans les salles de la Clinique, et examinée le jour même, à la visite du soir, par M. Grisolle. Voici ce qu'il observa. C'est une femme de moyenne taille; son embonpoint est considérable, mais ses chairs sont flasques; sa peau est blanche; elle a les cheveux châtains; elle est couchée en supination, immobile dans son lit; elle se plaint vivement des muscles de la région lombaire, des mollets et des cuisses; les pieds sont peu douloureux; elle souffre davantage des genoux qui, d'ailleurs, ne sont point rouges et sont à peine tuméfiés. Les membres supérieurs et les articulations du tronc sont exempts de douleurs. Il y a peu de céphalalgie; la langue est humide, sans enduits; la soif vive, l'appétit est perdu; il y a constipation depuis trois jours; les mouvemens respiratoires s'exécutent sans douleurs; la percussion est bonne partout. La respiration vésiculaire, dans tous les points, s'entend distinctement à la région précordiale. Celle-ci n'offre aucune déformation appréciable. D'ailleurs, le volume considérable des mamelles empêche de limiter exactement le cœur en haut, en bas et en dehors. Aucune matité n'existe le long du bord sternal gauche. Les battemens du cœur sont réguliers. Les deux bruits sont distincts et ont leur timbre normal. La percussion n'excite aucune douleur locale. Le pouls bat 104 fois; il est large et dur; la chaleur générale est halitueuse. (*Saignée de dix-huit onces.*) Pas de sommeil. Les douleurs redoublent pendant la nuit.

Le 22, les deux rotules sont soulevées par l'épan-

chement qui s'est formé dans les genoux. La douleur a augmenté dans les deux articulations tibio-tarsiennes. La sensibilité est vive dans la continuité des cuisses et dans les lombes. Le pouls à 120, large et dur. La chaleur est médiocre; le thorax et le cœur en particulier n'offrent que les résultats négatifs de la veille. (*Saignée de dix-huit onces*). Le soir, pouls (108); agitation extrême; cris aigus arrachés par les douleurs devenues intolérables; la tuméfaction des genoux et des pieds a augmenté. (*Saignée de dix-huit onces*). Pas de sommeil, mêmes douleurs, même agitation. A neuf heures du soir, M. Grisolle prescrit deux grains d'opium, qui calment les souffrances et procurent plusieurs heures d'un sommeil paisible.

Le 23, pouls (96), large et dur. Le premier bruit du cœur est un peu plus clair; les douleurs sont un peu moins vives; il y a moins d'immobilité dans les membres inférieurs; les genoux sont plus tuméfiés; ils ont pris une forme globuleuse. Les deux poignets sont douloureux. Une selle. (*Saignée de trente onces.*) La saignée est suivie d'une syncope. Le soir, pouls à 100, d'une résistance médiocre. La malade se plaint vivement du poignet, du coude gauche et des deux pieds. Si on percute la région précordiale, on excite une très légère douleur dans une étendue de deux pouces transversalement, à partir du bord gauche du sternum. Cette même sensibilité n'existe pas dans le point correspondant du côté opposé. Il n'y a ni voussure appréciable, ni matité le long du sternum. La respiration s'entend à toute la région précordiale. En dehors et en bas du mamelon, on

perçoit distinctement, dans l'étendue d'un pouce environ, un très léger souffle accompagnant le premier bruit du cœur. Point de dyspnée; il y a 20 respirations par minute; point d'œdème, point de syncopes; aucune tendance aux lipothymies. Dans la soirée, les souffrances sont si aiguës qu'on donne à la malade deux grains d'opium, qui la calment et lui procurent du sommeil.

Le 24, sentiment de grande faiblesse; pâleur générale; les douleurs sont à peu près stationnaires; langue blanchâtre; pas de selles; le bruit de soufflet plus fort que hier, diffus, s'entend dans toute la région précordiale. Au niveau du mamelon, l'oreille perçoit un très léger bruit de râpe; point de voussure; même sensibilité à la percussion. Cette douleur de la région précordiale, que la percussion détermine, est excessivement faible, et la malade ne s'en plaindrait pas si on n'appelait son attention là-dessus. Pouls (100), large et régulier. (*Saignée de dix-huit onces.*) Le soir, agitation; cris aigus arrachés par les douleurs atroces que la malade éprouve dans les épaules, les poignets et les pieds: 20 respirations, pouls (108), assez large; bruit de soufflet plus faible; le bruit de râpe n'existe plus. (*Saignée*): on ne put tirer que huit onces de sang à cause d'une syncope qui survint (*2 gr. d'opium, la nuit*).

Le 25, pouls (112), assez ample; même souffle et même sensibilité de la région précordiale, douleurs un peu moindres, quelques sueurs la nuit dernière, pas de selles, langue blanchâtre, soif. (*Huile de ricin, demi-once*) Le purgatif procure plusieurs selles. Le soir, même état stationnaire; pouls (104), large.

(*Saignée de dix-huit onces*). (Dans toutes les saignées, le sang a été couenneux ; la proportion de sérum a augmenté avec le nombre de saignées faites.) Dans la soirée, les douleurs s'aggravèrent considérablement : 2 grains d'opium sont nécessaires pour calmer la malade.

Le 26, chaleur halitueuse ; pouls (104), mou ; même souffle, affaissement, sentiment d'une grande faiblesse, pâleur anémique, douleurs aiguës et gonflement du genou et du pied gauches, toutes les articulations du membre supérieur droit sont prises. (*Chiendent*). La malade se plaint et crie toute la journée, 3 grains d'opium sont nécessaires pour la calmer.

Du 27 mars au 1er avril, le pouls, mou, varie de 100 à 116 ; la chaleur est sèche ; le nombre des respirations s'élève de 20 à 30 ; le bruit de soufflet reste à peu près le même, tantôt diffus, tantôt limité au voisinage du mamelon ; une seule fois on entend, pendant une demi-journée, un léger bruit de frôlement à 2 pouces en dehors du sternum ; la région précordiale est toujours un peu sensible à la percussion, la respiration s'y entend bien, pas de matité anomale le long du sternum, langue blanchâtre, soif, selles rares : les douleurs restent bornées aux pieds, au genou, au poignet et à l'épaule gauches. (*Lait de poule.*)

Le 1er avril, il y a un grand affaissement, la douleur de la région précordiale a augmenté, la respiration y est pure, on n'y constate ni matité ni voussure, le bruit de soufflet persiste, il y a 30 respirations ; le pouls, régulier, égal, peu fort, bat 116 fois ; il n'y

a ni œdème, ni syncope, ni délire ; la langue est un peu sèche, les douleurs sont stationnaires. (20 *sangsues à la région du cœur*). Le soir, il y a 40 respirations et 100 pulsations ; le pouls, mou, offre 4 à 5 intermittences par minute ; le bruit de soufflet est à peine marqué : la malade est très accablée. Les sangsues ont peu coulé (*Vésicatoire sur le sternum, cataplasmes sinapisés aux mollets*).

Le 2, même irrégularité du pouls, qui, quoique ample, résiste à peine à la pression du doigt ; le bruit de soufflet est limité à un petit espace, assoupissement, point de lipothymies, les douleurs rhumatismales occupent les mêmes articulations ; le vésicatoire n'ayant point pris, on le réapplique le soir. Le pouls, compté pendant quelques minutes, n'offre plus d'intermittences ; il est à 104.

Le 3, un peu de délire, la nuit ; le pouls (100), régulier ; 40 respirations, toux fréquente sans expectoration et sans râles. (*Chiendent, bouillon, sinapismes*).

Le 4, toute sensibilité locale a disparu à la région précordiale, le bruit de soufflet existe à peine, le pouls est irrégulier, la chaleur de la peau est assez vive, assoupissement, rêvasseries ; le soir, les douleurs articulaires sont devenues très vives dans les lombes, les poignets, les épaules, les coudes ; chaleur vive et âcre ; pouls (108), ample et assez dur, toux fréquente ; râle sibilant, général dans le côté droit ; 44 respirations ; agitation, un peu de délire. (*Saignée de treize onces*). Couenne n'existant que par places ; caillot mou ; la sérosité forme les 3/4 de la masse.)

Le 5, pouls (100), régulier, très mou ; bruit de soufflet persistant.

Le 6, douleurs moindres.

Le 7, le bruit de soufflet a complétement cessé, les battemens du cœur ont leur timbre ordinaire. (Pour éviter toute erreur, M. Grisolle eut même soin plusieurs fois d'ausculter comparativement le cœur de plusieurs femmes de la salle, lesquelles étaient exemptes de toute affection de cet organe); le délire a cessé, le facies est calme.

Le 8, état satisfaisant. (*Bouillon*).

Le 9, sans frisson ni douleur préalables, on constate, dans le quart inférieur du côté droit de la poitrine, un peu de faiblesse du bruit respiratoire : le son y est aussi un peu obscur; pouls (100), régulier; bruits du cœur naturels; les douleurs articulaires ont cessé.

Le 10, dans la journée, émotion morale vive; la malade rejette, peu après, quelques crachats rougeâtres un peu visqueux : matité du tiers inférieur et postérieur du côté droit du thorax, respiration bronchique et retentissement saccadé de la voix; pouls (108), faible; 44 respirations, dyspnée; nulle coloration ou œdème, agitation, selles involontaires (*Large vésicatoire sur le thorax*); mort dans le courant de la nuit.

Autopsie, 30 heures après la mort.

Habitus. — Rien à noter dans l'habitus extérieur; aucune infiltration séreuse ou sanguine; aucun indice de putréfaction, l'embonpoint est assez bien conservé.

Articulations. — Les épaules, les poignets, les pieds, les genoux ont repris leur volume ordinaire;

cependant les chairs de la main gauche sont un peu plus flasques, et la rotule gauche est très légèrement soulevée par la synovie. L'intérieur de ces articulations est blanc et lisse ; il s'en écoule une petite quantité de synovie visqueuse, jaunâtre, demi-transparente, sans odeur : toutes les parties constituantes de ces articulations ne nous offrent aucune altération appréciable ni dans leur consistance, ni dans leur coloration, ni dans leur épaisseur.

Crâne. — Pas d'injection, nulle lésion de tissu, substance cérébrale généralement molle.

Thorax. — *Poumons, plèvres.* — Rien de pathologique dans la plèvre et le poumon gauches. Dans la plèvre droite existe une pinte de sérosité transparente sans flocons, les plèvres costale et pulmonaire sont lisses partout sans fausses membranes ni granulations. Le poumon correspondant, dans son tiers inférieur, est dense, sans friabilité, et tout à fait vide d'air. Bronches bleuâtres. Aucune trace évidente de pneumonie.

Cœur et péricarde. — Deux cuillerées à bouche de sérosité citrine sont épanchées dans le péricarde. Il n'existe ni rougeurs, ni épaississemens, ni fausses membranes sur le péricarde pariétal, ni sur la portion de cette séreuse qui recouvre les ventricules et la face antérieure des oreillettes ; mais à la face postérieure de celles-ci existent quelques fausses membranes grenues ou striées, grisâtres, minces, adhérentes, de formation récente, occupant environ un pouce et demi-carré. Le péricarde reste lisse au dessous d'elles, et non épaissi. Le cœur a un volume plus considérable, son tissu est rouge, sa con-

sistance est bonne ; son diamètre vertical, de la base des ventricules à la pointe, est de 4 pouces, le transversal a 4 pouces 1/2. Le ventricule gauche une fois fendu longitudinalement, le doigt indicateur, introduit dans sa cavité, pénètre ensuite dans l'oreillette correspondante, sans éprouver de résistance. Sur tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, on trouve de petites granulations du volume d'une tête d'épingle à un grain de millet, confluentes ou discrètes, grisâtres, assez dures. Les tendons fournis par la colonne charnue qui longe la paroi postérieure du ventricule sont enveloppés par une matière molle, grisâtre, granuleuse, peu adhérente, friable ; cette matière est réunie en masse vers l'extrémité droite de la valvule, de manière à donner à cette partie de la cloison auriculo-ventriculaire gauche une épaisseur de 8 lignes. Cette augmentation dans l'épaisseur est formée également par une véritable fausse membrane située sur cette portion de la valvule qui forme la paroi inférieure à l'oreillette. Cette production morbide a 6 lignes en surface ; elle est très adhérente, peu granuleuse, grisâtre à l'extérieur, ressemblant un peu aux fausses membranes situées sur le péricarde à la face postérieure des oreillettes. La matière friable qui double inférieurement la cloison auriculo-ventriculaire se prolonge transversalement dans l'étendue de plus d'un pouce, formant à la base du ventricule, près de l'orifice aortique, à 3 lignes du sommet des valvules sigmoïdes, une masse qui fait une saillie de 10 lignes dans la cavité du cœur. Cette tumeur est molle, grisâtre et grenue à l'extérieur, un peu élas-

tique, comme spongieuse au dedans, se détache assez facilement du cœur dont la membrane interne reste dans ce point, grisâtre, opaque, épaissie. Sur le bord libre des valvules aortiques existe un liseré grenu, grisâtre, formé par des granulations semblables à celles que nous avons vues sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, plus confluentes cependant que dans ce dernier point; elles sont disposées, dans les enfoncemens qui séparent les valvules entre elles, en petites masses grenues d'un blanc grisâtre, ressemblant assez bien aux choux-fleurs syphilitiques. L'aorte est exempte de toute altération; elle a 25 lignes de développement au dessus des valvules.

Dans tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire droit existent des granulations du volume d'un petit grain de millet, représentant à peu près l'état rudimentaire des granulations décrites à l'orifice aortique. La cavité des deux ventricules est notablement agrandie. Le ventricule gauche a une épaisseur de 5 lignes 1|2 à 6 lignes à la base; le droit, 1 ligne à 1 ligne 1|2 (les colonnes charnues n'étant pas comprises).

Le cœur contient, dans toutes les cavités, des caillots noirâtres non adhérens. Les parenchymes et le système veineux contiennent peu de sang.

Abdomen. — Tous les viscères de cette cavité, examinés avec soin, ne nous présentent aucune altération appréciable.

REMARQUES.

Je ne veux pas me montrer de trop difficile com-

position sur la nature des productions morbides qui furent trouvées à la surface de la membrane interne du cœur, et que j'ai vues et examinées moi-même de mes propres yeux. On pourrait, non sans quelque vraisemblance, les attribuer à une concrétion fibrineuse et décolorée du sang, telle quecelles que l'on rencontre si souvent libres à l'intérieur du cœur; laquelle concrétion serait devenue, en ce cas, adhérente à l'endocarde, mais sans inflammation préalable de cette membrane. Certes, une telle manière de voir n'a rien qui répugne à la raison, dans l'état actuel des connaissances médicales ; et je comprends sans peine que beaucoup de médecins aient révoqué et révoquent encore en doute, non seulement la coexistence de l'endocardite avec le rhumatisme, mais l'existence même de l'endocardite, qu'ils traitent de maladie imaginaire et chimérique. Mais, pour ma part, j'incline plutôt à croire, avec M. Grisolle, qu'il y avait là inflammation de l'endocarde. Dans cette hypothèse, les productions morbides s'expliquent comme résultat d'une exhalation inflammatoire et pseudo-membraneuse; ou, tout au moins, on se rend compte de l'adhérence des concrétions spontanées du sang par suite de leur contact avec des points enflammés de l'endocarde. Va donc pour l'endocardite!

Je transcris maintenant ici les remarques que M. Grisolle a faites, à propos de l'observation précédente, sur l'obscurité et l'incertitude des symptômes du côté du cœur, sur la nature de l'épanchement pleural, sur l'absence d'altérations anatomiques dans les articulations, et sur l'abon-

dance des saignées : car, sur tous ces points, je ne saurais ni penser autrement que lui, ni dire mieux qu'il n'a dit lui-même.

« Comme l'endocardite s'accompagnait, chez ce » sujet, de péricardite, il est peut-être difficile, dans » la symptômatologie, de faire la part exacte de » ces deux affections. Il est raisonnable pourtant » de rapporter la plupart des symptômes à l'altéra- » tion la plus grave, c'est-à-dire, à l'endocardite. » Notons, en passant, que ces deux maladies ne » paraissent pas s'être développées d'une manière » purement métastatique ; il y a eu bien plutôt co- » existence de l'endo-péricardite et du rhumatisme » articulaire.

« A aucune époque de la maladie je n'ai constaté » ces battemens énergiques, ces palpitations aiguës, » regardées par M. Bouillaud comme un symptôme » d'endocardite. Un des phénomènes les plus re- » marquables que nous ayons notés, c'est une dou- » leur qu'on excitait lorsqu'on comprimait ou » qu'on percutait la région précordiale. Cette dou- » leur, qui manque, d'après M. Bouillaud, dans » l'immense majorité des cas, dépendait-elle de la » péricardite, limitée à la face postérieure des oreil- » lettes? Cette supposition me paraît peu admissi- » ble. Un symptôme plus remarquable encore que » la douleur, c'est ce bruit de souffle obscur et » limité dans un point circonscrit vers la pointe du » cœur, devenant diffus ensuite, se propageant à » toute la région du cœur, ayant dégénéré une » seule fois, au pourtour du mamelon, en un bruit » de râpe très distinctement perçu. Ce qu'il y a de

» très extraordinaire dans ce fait, c'est que, la lésion
» des valvules restant probablement la même, s'é-
» tant peut-être accrue, nous avons vu ce bruit de
» souffle tantôt fort, tantôt faible, tantôt diffus,
» tantôt circonscrit, finir par disparaître complète-
» ment dans les deux derniers jours de l'existence.
» A cette époque, le timbre des battemens du cœur
» était devenu tout-à-fait normal. Ce fait bien con-
» staté, que devons-nous penser de cette fameuse
» théorie, tant prônée, quoiqu'elle manque encore
» de preuves expérimentales ou directes, qui con-
» siste à attribuer les bruits du cœur à la tension
» des valvules. On a pu voir, en effet, que, dans
» l'observation précédente, une altération grave
» existant à presque toutes les valvules du cœur,
» les deux bruits de ce viscère ont repris néanmoins
» leur timbre ordinaire à une époque avancée de la
» maladie.

« L'épanchement séreux qui s'est rapidement
» formé dans la plèvre droite, et qui me paraît avoir
» hâté la terminaison fâcheuse de la maladie, tient
» probablement à une gêne de la circulation; car il
» était indépendant de toute phlogose, et ressem-
» blait beaucoup à ces hydropisies pleurales, si
» fréquentes dans les affections organiques du cœur.

« L'examen le plus attentif de toutes les articula-
» tions n'a fait découvrir dans aucune d'elles le
» plus léger vestige d'un travail inflammatoire quel-
» conque. Ce fait ne sera pas inutile dans l'histoire
» du rhumatisme; car, quoique la malade ait suc-
» combé deux jours après la cessation des douleurs,
» il est probable, cependant, que si le rhumatisme

» était une inflammation ordinaire, il aurait dû
» laisser quelques faibles traces de son passage dans
» des tissus qu'il a envahis pendant vingt-cinq
» jours.

« Huit livres de sang ont été tirées à la malade
» dans l'espace de cinq jours. Cependant, quelque
» énergique qu'ait été cette méthode, elle a été évi-
» demment impuissante; elle n'a pu ni juguler le
» rhumatisme, ni prévenir ni combattre les lé-
» sions survenues du côté du cœur : elle a été même
» impuissante pour calmer les douleurs. Les sai-
» gnées répétées ont-elles contribué à la mort de la
» malade? Je l'ignore. »

Somme toute, pour clore enfin ce paragraphe-ci, il est bien évident que la loi de coïncidence, si aventureusement posée par le professeur de la Charité, n'est pas moins infirmée en ce qui touche l'endocardite, qu'en ce qui touche la péricardite, par les observations cliniques de l'Hôtel-Dieu. Car, faisons même à l'auteur de la prétendue loi les concessions les plus larges, disons mieux, toutes les concessions possibles que permettent ces observations. A cette dernière observation, dans laquelle nous reconnaissons volontiers un cas d'endocardite constaté par l'autopsie, ajoutons, sur les neuf cas du compte-rendu de M. Grisolle, le cas douteux où il y eut bruit de râpe (XIV[e] observ.), et le cas plus que douteux où il y eut bruit de soufflet (XIII[e] observ.): certes, nous sommes très complaisans et très faciles. Hé bien, voilà en tout trois cas sur dix. Com-

bien nous sommes loin de compte avec M. Bouillaud! Ce professeur déclare que la coïncidence existe dans la *très grande majorité* des cas, par exemple; *huit fois sur neuf (Nouv. Recherch.* p. 27). Et nous, avec la meilleure volonté du monde, avec la plus large partialité pour l'endocardite, nous ne pourrions signaler cette affection que dans la minorité, et la petite minorité des cas. Que serait-ce, si, critiques sévères, nous ne l'admettions que sur preuves authentiques et irréfragables? Elle ne nous apparaîtrait plus que comme une exception, et une exception très rare.

§ VIII. — Durée du rhumatisme articulaire aigu général.

La durée du rhumatisme articulaire aigu général est fort incertaine. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Voici, par exemple, comment Pinel parle de l'état aigu du *rhumatisme fibreux* de la *Nosographie*, lequel est notre rhumatisme articulaire. «Cet état,» dit-il, « dure de sept à soixante jours.» Nous irons, nous, encore plus loin: car nous avons vu quelquefois le rhumatisme articulaire général ne se terminer qu'au bout de trois mois; cette durée trimestrielle fut, à ce qu'il paraît, assez commune dans l'épidémie décrite par De Mertens, (*Observ. med.*, t. II. chap. V). Mais, disons-le sur-le-champ, l'opiniâtre persistance du mal pendant deux à trois mois est hors de la règle ordinaire, ni plus ni moins qu'une rapide terminaison au bout de huit jours. Et, certes, il est aussi rare de voir le rhumatisme articulaire général se terminer dans l'espace d'un

septénaire, qu'il est fréquent d'observer cette courte durée dans le rhumatisme articulaire partiel. La terminaison après deux septénaires s'observe plus souvent, mais elle n'est pas encore la plus commune. C'est, en général, du vingtième au trentième jour que la fièvre rhumatismale accomplit son cours. Pour durée moyenne et ordinaire, il faut compter environ vingt jours, ou trois septénaires : M. Chomel l'avait dit, il y a vingt-trois ans, dans sa *Thèse inaugurale* (1), et d'après les auteurs et d'après sa propre observation. C'est à un résultat moins favorable qu'aboutit le tableau statistique, récemment dressé par M. Bouillaud, de seize cas de rhumatisme articulaire aigu, « traité par la formule des saignées » générales et locales coup sur coup. » (*Nouv. rech.* p. 147). « La moyenne de la durée jusqu'à complète » guérison, » dit ce professeur, « a été de 19 jours ». Mais remarquons d'abord que, dans la supputation de cette moyenne, il fait abstraction d'une fraction qui n'est pourtant pas indigne d'être mise en ligne de compte. En effet, la totalisation des 16 cas de rhumatisme donne 310 jours de durée : or, le quotient *exact* et *précis* de 310 par 16, lequel exprime la durée moyenne, est 19 $\frac{3}{8}$: cette durée moyenne a donc été de dix-neuf jours et demi, à un huitième près (c'est-à-dire, moins trois heures). Mais il y a

(1) « Dans le rhumatisme aigu, elle (la durée) s'étend RAREMENT au-delà du DEUXIÈME OU TROISIÈME septénaire, quand il est intense. ». . . . . Le rhumatisme aigu se termine assez souvent le QUATORZIÈME jour, surtout quand la marche de la maladie n'est troublée ni par les erreurs de régime, ni PAR UN TRAITEMENT actif. » (CHOMEL, *Th. inaug.*, p. 52.)

plus : M. Bouillaud ne compte la durée qu'à dater de l'entrée à l'hôpital. Or, à l'époque de l'entrée, la maladie avait déjà, dans ces seize cas, plusieurs jours de date : le *minimum* est de trois jours ; le *maximum* est de quinze ; et le nombre moyen est de neuf jours un quart. Donc la moyenne vraie de la durée totale a été de 28 jours $\frac{5}{8}$ (19 $\frac{3}{8}$ + 9 $\frac{1}{4}$ = 28 $\frac{5}{8}$) (1). Y avait-il là de quoi crier miracle, puisque cette durée dépasse d'un septénaire celle que la plupart des pathologistes donnent comme la plus ordinaire ? C'est que M. Bouillaud, par je ne sais quelle étrange méprise, s'est imaginé que les auteurs qui avaient parlé de la prolongation du rhumatisme articulaire jusqu'au quarantième, au soixantième et même au quatre-vingtième jour, donnaient cela non comme exception, mais comme règle.

L'incertaine durée du rhumatisme articulaire aigu est cause que les malades, et quelquefois même les médecins, se font illusion sur la valeur de tels ou tels remèdes. Car, il n'y a aucun moyen sûr de juger d'avance si tel rhumatisme durera un ou deux, ou trois septénaires, ou davantage. Nul pronostic là-dessus à établir d'après la plus ou moins grande intensité de l'invasion. Tel cas qui se caractérise, dès le début, par la vive acuité des douleurs et par la véhémence de la fièvre, pourra très bien se terminer, comme nous en avons offert des exemples dans le cours de cet ouvrage, et comme nous en pourrions citer encore beaucoup d'autres, en cinq

(1) Voir plus bas le relevé de ces seize cas (*même article*, sect. III, § III).

jours (VII[e] observ.), en onze jours (XIV[e] observ.), en quinze jours (VI[e] observ.). Le rhumatisme dont je fus atteint il y a huit ans, et dont les excessives douleurs sont encore présentes à mon imagination, se termina en deux semaines, après deux fortes saignées qui, pratiquées dans les deux premiers jours, n'avaient produit immédiatement aucun soulagement, et depuis lesquelles je m'étais borné à une pure et simple expectation. Voici un cas dont j'ai recueilli moi-même l'observation pendant mon service intérimaire à la clinique de l'Hôtel-Dieu; lequel cas, assez remarquable par l'intensité et la mobilité des douleurs, et par la violence de l'appareil fébrile, et par quelques accidens du côté du cœur, arriva néanmoins à une guérison complète au bout de quinze jours, avec le secours de deux saignées seulement.

XVI[e] OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Cause prédisposante probable : état puerpéral. Seconde attaque. La première attaque avait été, elle aussi, consécutive à un accouchement. Grande mobilité des douleurs, dont quelques-unes dans la continuité des membres. Affection rhumatismale du cœur? Rhumatisme pharyngien? Disparition des douleurs articulaires, et persistance de la fréquence du pouls : réapparition des douleurs. Rhumatisme épicrânien. Guérison complète au bout de quinze jours de traitement, par deux saignées.

Le 17 septembre 1834, entra à la Clinique, salle Saint-Lazare, n° 6, Thérèse Perrin, âgée de 40 ans, ouvrière en linge. Cette femme était accouchée il y avait deux mois. Déjà, quatorze mois auparavant,

(1) Recueillie par M. Requin.

à la suite d'une grossesse, elle avait éprouvé une douleur à l'épaule gauche, et avait eu le bras raide pendant une huitaine de jours ; mais, quoiqu'elle se fût alitée, son mal, assure-t-elle, était fort tolérable, et n'était rien en comparaison de la maladie actuelle.

Cette fois-ci, les suites de couches duraient depuis douze jours, lorsqu'elles se supprimèrent en même temps qu'un *rhume* assez intense se développa. Le *rhume* se termina il y a huit jours. C'est alors que la fièvre rhumatismale commença. L'épaule droite, le poignet et les doigts du même côté furent pris : le *gras du bras* était également douloureux. Puis les douleurs avaient passé dans le membre thoracique de l'autre côté.

18 septembre. (Examen à l'heure de la visite.) Le coude et le poignet droits, les doigts de la main gauche, et le dessous de la cuisse droite sont rhumatisés ; toutes ces parties sont raides et douloureuses, mais non pas de manière à être condamnées à une immobilité absolue. Il n'y a pas eu de sommeil. Fièvre : 104 pulsations. La malade nous dit s'être fait transpirer en ville sans soulagement. (Prescription : *Saignée*, 3 *palettes ; cataplasmes ; chiendent ; diète.*) La saignée ne fut point pratiquée, parce que la malade s'y opposa en déclarant que ses règles avaient paru.

19 septembre. Peu de sommeil ; pouls moins fréquent que la veille, (96) ; rougeur et chaleur aux deux poignets, et aux doigts de l'une et l'autre main. Douleur en dessous du genou droit, ainsi qu'à la hanche droite, et dans la continuité de la

cuisse à la région postérieure. Le genou gauche a été pris, cette nuit, en dessous. La malade sentit hier soir une vive palpitation pendant 2 ou 3 heures. Était-ce que le mal se fût transporté sur le cœur ou ses membranes? Ce matin, rien, ni parmi les phénomènes de percussion et d'auscultation, ni parmi les désordres fonctionnels, ne permet plus de le soupçonner. L'écoulement menstruel ne s'est point établi. (Prescription : *Saignée*, 3 *palettes; cataplasmes; chiendent miellé nitré*, 2 *pots; lavement émollient; diète*.) Couenne sur le sang.

20 septembre. Insomnie complète; pouls (112); poignet droit délivré; poignet gauche très douloureux, avec rougeur et chaleur, ainsi que l'articulation métacarpienne du médius du même côté. Les deux genoux sont douloureux, et les jambes, aussi, dans leur continuité jusqu'aux coudes-pieds. (Prescription : *Saignée*, 2 *palettes*; etc., *ut suprà*.) Couenne sur le sang.

21 septembre. Insomnie; pouls (128); soif très vive; le poignet gauche est délivré. Le médius, l'index, et l'annulaire du même côté sont pris. Genoux, coude-pieds et orteils, excessivement douloureux. (Prescription : *ut suprà*, excepté la saignée.)

22 septembre. Insomnie; pouls fréquent; soif très vive; à la main gauche, l'articulation phalangino-phalangettienne de l'annulaire est seule douloureuse; à la main droite, l'articulation phalango-phalanginienne du médius s'est prise. Genoux, coude-pieds et orteils encore très douloureux, mais un peu moins, cependant, que la veille;

légère douleur en avalant, sans rougeur ni gonflement dans l'intérieur de la gorge. (Prescription : *ut suprà; plus, gargarisme.*)

23 septembre. Un peu de sommeil, mais avec des rêves pénibles. Pouls (112.) Soif moins vive. A la main gauche, l'annulaire est envahi dans toutes ses articulations : à la main droite, le poignet et toutes les articulations des doigts sont rhumatisés : les genoux, les coude-pieds et les orteils sont douloureux dans le mouvement ; mais dans le repos il n'y reste qu'un sentiment d'engourdissement. Douleur moindre dans la déglutition. (Prescription : *ut suprà.*)

24 septembre. Sommeil meilleur ; pouls (96) ; appétit ; le poignet et les doigts de la main droite sont plutôt engourdis que douloureux ; l'épaule, le coude, le poignet et les doigts du côté gauche sont rhumatisés, mais avec moins d'intensité dans les douleurs qu'on n'en avait observé jusqu'alors chez cette malade. Les genoux et les coude-pieds sont libres ; quelques orteils sont encore un peu douloureux ; légère douleur en avalant. (Prescription : *ut suprà; deux potages*).

25 septembre. Un peu de sommeil ; pouls (80) ; poignet et coude gauches un peu douloureux ; le genou gauche est repris ; orteils un peu douloureux ; toujours légère douleur en avalant ; la douleur la plus forte siége actuellement au bas de l'échine sur la ligne médiane. (Prescription : *ut suprà.*)

26 septembre. Pouls (80) ; appétit prononcé ; il ne reste plus qu'un peu de douleur au coude et au genou gauches, et aux orteils. (Prescription : *ut suprà; quart de portion*).

27 septembre. La malade a marché ce matin pour la première fois depuis son entrée à l'hôpital ; elle n'a plus de douleurs nulle part ; elle est seulement très faible, et comme courbaturée. Elle réclame à grands cris une augmentation de nourriture : elle digère bien. (*Demi-portion.*)

28 septembre. La malade se sent de plus en plus forte ; elle se plaint qu'on ne lui donne pas assez à manger ; elle veut sortir, mais comme le pouls a toujours une certaine fréquence (80), et qu'il y a par conséquent à craindre une réapparition des douleurs, je refuse l'*exéat.*

29 septembre. Ainsi que j'en avais prévu la possibilité, un peu de rhumatisme a reparu. C'est à la hanche et au genou gauches : la douleur y est à peine marquée dans le mouvement du membre, le corps étant en decubitus ; mais elle se prononce davantage dans la station, de manière à empêcher complétement que le corps se maintienne appuyé sur le membre rhumatisé. (Prescription : *chiendent; lavement; quart de portion.*)

30 septembre. La malade a mal dormi. Elle a eu une douleur superficielle à la tête, laquelle douleur s'exaspérait par le froncement du sourcil : peu d'appétit ; cependant, la fièvre est presque nulle : pouls petit, et peu fréquent (80) ; peu de chaleur à la peau ; peu de soif ; douleurs dans le bras gauche, dans les reins et dans les jambes, mais pas assez intenses pour empêcher le mouvement. (Prescription : *Chiendent, cinq grains de poudre de Dover, deux potages*).

1er octobre. Sommeil assez bon ; douleurs moins

sensibles; appétit. (Prescription : *Chiendent; cinq grains de poudre de Dover; quart de portion.*)

2 octobre. Bon sommeil; marche facile; point de fièvre; pouls (72); point de douleurs : seulement un peu d'engourdissement dans les membres; la malade a, par exemple, quelque peine à couper son pain. (Prescription : *ut suprà.*)

Dès lors, la malade alla de mieux en mieux, et sortit au bout de quelques jours.

Que dans tous ces cas on eût expérimenté pour la première fois quelque système de traitement; que l'on eût, par exemple, saigné coup sur coup, ou bien employé quelque drogue nouvelle, certes on aurait été porté à croire qu'un tel succès était dû à la supériorité de la médication; on aurait pu s'écrier qu'on avait jugulé la maladie. Mais ces cas heureux et exceptionnels se montrent, il faut l'avouer, sous les traitemens les plus divers. Par exemple, je tombe en ce moment sur un compte-rendu de la clinique de M. Baudelocque, médecin de l'hôpital des enfans, compte-rendu inséré par M. le docteur Constant dans la *Gazette Médicale* (année 1834); et j'y vois que, chez un jeune homme de quatorze ans, un rhumatisme articulaire aigu a été guéri, sans saignées, avec l'oxide blanc d'antimoine, en seize jours (p. 313); que, chez un enfant de douze ans, la même maladie, compliquée de péricardite, a été guérie également sans émissions sanguines, au douzième jour, par l'emploi de l'ipécacuanha au début, puis par le tartre stibié à haute dose. On pourrait composer un énorme volume, rien qu'en recueillant

ainsi les faits authentiques de rapides guérisons qui se sont opérées à l'aide, et peut-être même à l'encontre des médications les plus différentes. Nous aurons occasion d'en citer encore quelques-uns dans la section suivante, qui sera relative au traitement. Que l'on ne se presse jamais de chanter victoire lorsqu'on sera peut-être tombé sur quelques cas heureux dans l'expérimentation d'une méthode nouvelle de traitement. Que l'on trouve un médicament, une médication, qui, sur une masse de trente à quarante malades affectés de fièvre rhumatismale, amène constamment la guérison après quatorze jours; alors il n'y aura plus de doute sur l'efficacité de ce médicament, de cette médication. Depuis long-temps, hélas! on cherche un tel secret, et il est encore à trouver.

§ IX. — Terminaison.

Le rhumatisme articulaire aigu se termine favorablement, hormis le cas des phlegmasies séreuses concomitantes ou métastatiques, auxquelles j'ajouterai, si l'on veut, l'endocardite : remarquons, cependant, que les pleurésies et les péricardites *rhumatismales*, les deux complications de ce genre que l'on observe le plus fréquemment, se montrent encore, en général, moins graves et plus promptes à guérir que les pleurésies et les péricardites ordinaires. Cette sécurité, quant à l'issue de la maladie, est, au moins, une compensation de tant de douleurs et de peines.

Toutefois, la résolution n'est pas toujours com-

plète. Chez quelques individus, il reste des traces ineffaçables du mal : des concrétions tophacées, par exemple ; quelquefois même, un état de flexion vicieuse et permanente des articulations, et comme une sorte d'ankylose (est-ce par suite de l'adhérence des synoviales, ou par simple contraction ou rétraction des muscles ?) Mais, disons-le sur-le-champ, cela n'arrive presque jamais après une première attaque, ni surtout dans le cas d'un rhumatisme articulaire général. Ces altérations permanentes ont particulièrement lieu à la suite de plusieurs récidives, après le passage de la maladie à l'état chronique, et surtout dans le cas de rhumatisme articulaire partiel : car, plus la cause arthritique se dissémine et s'étend dans l'économie, plus aussi semble-t-elle s'épuiser et s'éliminer.

Le rhumatisme articulaire peut-il se terminer quelquefois par suppuration ? Nous voilà maintenant arrivés à examiner sérieusement ce point d'anatomie pathologique. Répétons encore ici qu'il est fort rare qu'un individu succombe dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Donc les faits nécroscopiques, propres à résoudre la question en litige, ne peuvent se présenter qu'en très-petit nombre, même sur le plus vaste théâtre d'observation.

Certes, on a quelquefois trouvé du pus dans les articulations qui, pendant la vie, avaient été le siége de douleurs plus ou moins vives, plus ou moins opiniâtres. On en a aussi rencontré en certaines circonstances où rien n'avait fait soupçonner sur le vivant qu'il y eût une affection rhumatismale, et où l'on prétendait après coup que cette affection avait

été méconnue : tel était, par exemple, le cas de ces prétendues arthrites chez les nouveau-nés, lesquelles ont été déjà plus haut appréciées et jugées dans la section d'*Étiologie*, paragraphe des *Causes prédisposantes*.

Mais, en vérité, dans les divers faits de cette sorte, ne peut-on, ne doit-on même pas voir autre chose que du rhumatisme ? Ce doute aurait pu passer pour téméraire et bizarre, il y a quelques années; mais, depuis un certain temps, l'anatomie pathologique a, d'après l'évidence de faits positifs et nombreux, définitivement reconnu la réalité des métastases purulentes. Il y a quinze ou vingt ans, au contraire, sous le règne de la physiologie toute solidiste des Pinel et des Bichat, toute trace de pathologie humorale était honnie et conspuée. Alors un auteur de médecine employait tout au plus une page à dire un mot des humeurs : toutes les autres pages de son livre ne parlaient plus que des solides, et leur accordaient toujours le premier rôle dans la production des maladies. C'est M. Chomel qui, le premier, dans son *Traité de Pathologie générale*, prit parti pour l'humorisme, et chercha à montrer ce qu'il y avait de juste et de vrai dans ce système médical, par opposition au solidisme exclusif.

Pour en revenir à la question particulière qui doit ici nous occuper, il est aujourd'hui reconnu et avéré qu'à la suite de plaies considérables, après de grandes opérations, la suppuration venant à se tarir, il se forme des abcès dans divers organes intérieurs, et particulièrement dans les organes d'hématose, comme le foie et les poumons ; et que ces

abcès doivent être attribués à une métastase purulente, soit que le pus tout entier ait été apporté de la surface suppurante, soit, plutôt, qu'une seule parcelle de pus résorbé ait développé par inflammation un foyer purulent autour du point où elle aura été déposée. Hé ! bien, on a aussi trouvé du pus dans l'intérieur des articulations à la suite de blessures, et après l'accouchement, qui est une vraie déchirure de l'utérus et autres parties génitales de la femme. Mais ces collections purulentes intra-articulaires s'étaient formées, pour la plupart, sans douleur, sans raideur de l'articulation. Etait-ce donc là un rhumatisme ? Rhumatisme et absence de douleur, n'y a-t-il pas contradiction absolue entre ces deux termes ? D'autres fois, il est vrai, l'articulation qui contenait du pus, a été douloureuse, et on a été en quelque sorte fondé à qualifier la maladie de rhumatisme. Mais est-ce à dire que toute douleur articulaire, sans exception, soit due au rhumatisme?

Ce n'est pas, comme des adversaires hautains et dédaigneux de notre opinion pourraient feindre de le croire, ce n'est pas, dis-je, faute d'avoir lu dans les auteurs beaucoup de cas semblables, ni faute d'en avoir vu de nos propres yeux, que nous rejetons hors de la sphère du rhumatisme les abcès articulaires. Souvent, sans attendre l'autopsie, et sur le vivant même, nous avons pu faire la distinction ; nous avons pu diagnostiquer l'abcès articulaire sous la bénigne apparence du rhumatisme, et fonder sur ce diagnostic un pronostic mortel. A l'époque même où ces leçons étaient oralement professées à l'Hôtel-Dieu, M. Chomel avait même l'occasion de joindre

l'exemple à la théorie. Voici le fait en peu de mots. Un homme se présenta à la clinique avec un genou gonflé et légèrement douloureux, et avec les signes évidens d'un épanchement dans la cavité articulaire. Etait-ce là une simple supersécrétion de synovie, une hydrarthrose? Ce qui fit, en premier lieu, soupçonner autre chose, c'est qu'en même temps il existait vers le poignet un abcès consécutivement survenu. Puis, le malade pressé de questions finit par déclarer que l'affection du genou s'était développée à la suite d'un coup de pied de cheval qu'il avait reçu à la jambe; ce qu'il avait d'abord dissimulé ou du moins négligé de signaler. Bref, d'après ces circonstances, et quelques autres encore, M. Chomel soupçonna que la tumeur du genou était formée par une collection purulente, et que l'abcès du poignet était métastatique, et dû à la résorption du pus; il porta donc le pronostic le plus sinistre. En effet, les symptômes ne tardèrent pas à s'aggraver; il se forma des abcès en plusieurs autres points du corps, et le malade succomba. L'autopsie montra que le point de départ de la maladie avait été une phlébite dans le membre qui avait reçu le coup; une branche de la veine poplitée s'était enflammée, et l'inflammation, bien et dûment caractérisée par la présence du pus et des pseudo-membranes, s'était propagée jusqu'à la veine poplitée elle-même.

En vérité, si un fait pareil eût pu être pris au début pour un cas de rhumatisme, la marche ultérieure de la maladie, et surtout l'autopsie, auraient dû, à notre avis, révéler l'erreur de diagnostic. Que sera-ce donc, lorsque nulle douleur n'aura ac-

compagné la formation des abcès articulaires, et n'aura pu donner lieu à la méprise pendant la vie? Pourra-t-on, sans un étrange abus de mot, sans une assimilation illogique de choses opposées et contradictoires, invoquer là le rhumatisme, dont la douleur est le caractère le plus essentiel? Et à ce propos, M. Chomel racontait un fait qu'il se rappelle avoir vu il y a déjà plusieurs années, et qui, bien que dépourvu de détails et réduit, pour ainsi dire, à sa plus simple expression, est néanmoins assez remarquable. Un malade réputé hydrophobe fut traité par l'injection de l'eau dans les veines; il se calma et parut guéri; puis au douzième jour il mourut avec du pus dans les articulations, sans que les articulations eussent été le moins du monde douloureuses. Et d'abord, cet individu n'avait pas la rage; autrement il serait mort au troisième ou quatrième jour, et non pas au douzième. En second lieu, et c'est ce qui nous importe ici, ce cas là n'était certainement pas un cas de rhumatisme, et l'on ne songea pas du tout à le considérer ainsi à l'époque même où on l'observa, quoiqu'on ne sût pas trop alors comment se rendre compte de la présence du pus dans les articulations. Il est permis aujourd'hui de penser que dans ce cas, comme dans tant d'autres analogues qu'on lit chez les anciens auteurs, il y aura eu probablement une phlébite, maladie qu'on n'a appris que dans ces derniers temps à bien reconnaître, et qui auparavant a dû souvent être méconnue. Et notamment, dans le cas même qui nous occupe, on peut signaler comme cause fort naturelle d'une phlébite soit l'injection de l'eau

dans les veines, soit la morsure toute simple, non pas en tant qu'imprégnée du virus hydrophobique, mais en tant que plaie contuse.

Les abcès articulaires, je le répète, se montrent la plupart du temps, sans douleur aucune, et, de plus, ils apparaissent simultanément en plusieurs articulations. Il n'est pas néanmoins impossible qu'il en soit autrement. La douleur peut, quelquefois aussi, se développer ; et une seule articulation, être le siége unique du mal. Mais alors les circonstances commémoratives permettront de distinguer l'abcès métastatique d'avec le rhumatisme; c'est à la suite d'une plaie, d'un accouchement, d'une phlébite ou autres circonstances analogues, que le pus se sera ramassé dans une ou plusieurs articulations. En outre, ces abcès articulaires n'ont point du tout la marche du rhumatisme articulaire. Peu remarquables et souvent même latens quant aux symptômes locaux, ils s'accompagnent presque toujours d'un sinistre cortége de symptômes généraux, qui ont de tout temps fixé l'attention des observateurs indépendamment de toute théorie régnante. «Observons, » disait M. Roux en 1821 « que les abcès des articulations se montrent, » le plus ordinairement, avec un appareil formidable » de symptômes dont il n'est pas facile de donner la » raison physiologique. » (*Dict.* en 21 vol., art. *Abcès,* t. I. p. 15.) Oui, en effet, cela n'était pas facile alors, vu l'injuste dédain qu'on avait pour toute explication humorale. Mais aujourd'hui qu'on admet avec raison une intoxication purulente de la masse générale du sang, intoxication dont les abcès arti-

culaires ne sont eux-mêmes que des effets, il n'y a plus lieu de s'étonner de tous les phénomènes redoutables qui les accompagnent.

Au surplus, nous ne refusons pas d'admettre purement et simplement une arthrite non rhumatismale, inflammation franche et primitive des articulations, et, comme telle, susceptible de se terminer en suppuration. Dans cette affection, les phénomènes inflammatoires, une fois développés dans une ou deux articulations, ne s'en déplacent pas brusquement, mais y parcourent toutes leurs périodes. L'appareil fébrile a beaucoup plus d'intensité que dans le rhumatisme. Quand le rhumatisme n'a envahi qu'une ou deux articulations, il n'y a que peu ou point de fièvre : ici, au contraire, n'y eût-il qu'une seule articulation prise, la réaction générale est très vive. Fixité de la douleur, et fièvre intense, voilà les signes caractéristiques de cette arthrite franchement inflammatoire et purulente. Mais nous n'admettons pas que le rhumatisme articulaire puisse, à lui seul, déterminer la production d'un abcès. Dans l'état actuel de la science il n'y a pas, que nous sachions, de fait authentique et probant qui démente et condamne notre manière de voir. M. Bouillaud, qui traite si cavalièrement cette opinion de M. Chomel (*Nouv. Rech.*, chap. III), n'a pourtant déterré de ses cahiers d'observations que deux cas, qui ne nous paraissent rien moins que convaincans.

La symptomatologie du premier cas n'est pas donnée : il n'y a que l'autopsie cadavérique, laquelle montre du pus dans les articulations, et, de plus, une PHLÉBITE (remarquons bien cela). Or, que prou-

ve une autopsie, sans une histoire détaillée de la maladie? Rien, sinon la possibilité de la lésion trouvée, ce qui n'est pas en question.

Dans le second cas, la mort survint par suite d'un érysipèle phlegmoneux, avec fièvre ardente et accidens cérébraux. A l'autopsie, *énormes foyers de pus* dans les tégumens, PHLÉBITE, et, dans la plupart des articulations, *synovie ayant l'aspect du pus*. Mais n'est-ce donc pas là un cas bien évident d'infection purulente?

Nous nous croyons dispensés, après cela, de discuter les cas que M. Bouillaud cite d'après autrui, et qui, d'ailleurs, ne paraissent pas aussi décisifs qu'il le croit.

Donc, en définitive, nous professons que la terminaison la plus ordinaire, je dirai même, la terminaison à peu près constante du rhumatisme articulaire aigu est la résolution, qu'il y ait eu, ou non, épanchement de synovie : tandis que la mort est une suite presque inévitable de l'épanchement de pus dans les articulations.

§ X. — Pronostic.

Le pronostic du rhumatisme articulaire aigu est facile à établir d'après l'histoire descriptive qui précède. Il est relatif 1° à la durée de la maladie, 2° à la terminaison, 3° aux rechutes. Sous le rapport de la durée, il faut présenter au patient le chiffre ordinaire, qui est de vingt à trente jours; mais pendant ce temps, quelle série de sensations douloureuses! Quant à la terminaison, elle est heureuse, en général, dans les premières attaques, hormis le

cas de la phlegmasie métastatique des membranes séreuses, et consiste dans une résolution complète; mais, après de fréquentes rechutes, le mal laisse ordinairement après lui de la dureté, de la raideur, et des concrétions tophacées dans les articulations. Ces rechutes, d'ailleurs, sont, comme nous l'avons vu, immanquables, ou peu s'en faut, à moins que, par un destin plus funeste encore, le sujet ne survive pas de long-temps à sa première attaque.

§ XI. — Diagnostic.

Le diagnostic ne présente ordinairement nulle difficulté. Cependant il peut y avoir des cas douteux : ce sont ceux dans lesquels le mal reste opiniâtrément borné à quelques articulations. On peut alors avoir affaire à ces véritables inflammations articulaires dont nous avons parlé, inflammations qui ne dépendent point du tout d'un principe rhumatismal ou goutteux; mais, en pareil cas, comme nous l'avons déjà dit, on doit être éclairé par la fixité de la douleur dans les points primitivement atteints, et par la disproportion de la fièvre avec les symptômes locaux. Il y a encore moins de chances d'erreur, lorsque les articulations deviennent le siége d'abcès métastatiques; car, la plupart du temps, à raison d'une complète absence de douleur, l'idée même du rhumatisme ne se présentera pas à l'esprit. L'entorse peut quelquefois être prise pour un rhumatisme, quand le sujet n'a point pris garde au moment où il se l'est donnée, et qu'il ne s'aperçoit du mal que quelque temps après par la vivacité des souffrances consécutives; cet oubli de

la circonstance commémorative par laquelle tout doute serait levé, se rencontre particulièrement chez les enfans, qui, tout entiers à leurs jeux ou à leur colère quand ils luttent entre eux ou qu'ils s'entrebattent, prennent peu de souci, sur l'heure même, de s'être forcé une articulation et d'en avoir outre mesure distendu les ligamens; la fixité du mal et la circonstance antécédente de jeux animés et de luttes actives pourront tout au plus faire conjecturer qu'il y a entorse et non pas rhumatisme; mais, d'ailleurs, y eût-il méprise, ce serait de peu de conséquence, car les moyens de traitement doivent être les mêmes dans l'un et l'autre cas; seulement, après l'entorse, une longue immobilité de l'articulation est nécessaire, sous peine de la dégénération du mal en tumeur blanche. Une contusion des parties profondes d'une articulation, sans meurtrissures superficielles, sans ecchymose à la peau, pourrait encore en imposer. Nous avons eu, à la clinique, un jeune homme qui, en se battant, avait laissé rudement choquer son épaule contre un bois de lit, et qu'on aurait bien cru affecté de rhumatisme scapulo-huméral, n'eût été la circonstance précitée. Même avec la pleine connaissance de toutes les circonstances commémoratives, il peut encore y avoir des cas incertains et douteux où l'on ne saurait décider si les douleurs articulaires sont plutôt de cause externe que de cause interne, et dépendent plutôt de telle ou telle violence accidentelle que de la diathèse rhumatismale. Mais, je le répète, la solution de ces doutes appartient plus à la théorie qu'à la pratique; le mal, indépendamment

de son étiologie, n'en pourra pas moins être convenablement traité.

Il y a des cas, au contraire, où il importe beaucoup au médecin de ne point se laisser tromper par les fausses apparences du rhumatisme ou de la goutte; qu'il prenne bien garde d'être pris pour dupe, lorsqu'il est appelé pour juger de la réalité ou de la simulation d'une attaque de goutte. Quelques individus, en effet, ne se font pas scrupule de simuler en mainte occasion une telle indisposition, surtout quand ils ont la réputation d'être goutteux; ils essaient par là d'échapper à certains devoirs, tels que ceux du jury, de la garde nationale, du témoignage en justice, etc. Dans ce but, ils se rubéfient la peau d'une ou plusieurs articulations par le moyen de sinapismes, ou autres topiques irritans. Mais le caractère même de la rougeur peut servir à démasquer la fraude. Avec la moutarde et autres substances rubéfiantes, on détermine une rougeur bien limitée, parfaitement correspondante à l'étendue du topique, et non pas cette rougeur arthritique qui n'a jamais de circonscription exacte, et qui va se mourant d'une façon diffuse et indéterminée. Puis, l'attitude des parties est aussi un excellent critérium pour le praticien exercé: que le poignet, par exemple, s'offre en état de flexion, lui qui doit toujours demeurer étendu en cas de rhumatisme véritable, et la ruse, par cela seul, sera trahie et découverte. Il est d'ailleurs impossible de décrire, mais non de connaître *de visu*, toutes ces nuances d'attitude qui seront autant de traits de lumière pour un œil expérimenté.

§ XII. — Anatomie pathologique.

Ce paragraphe n'est vraiment ici que pour mémoire : car, à parler rigoureusement, c'est un titre, et rien de plus. Il y a là une lacune réelle, une case vide dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Nous ne saurions, comme on l'a vu, consentir à dissimuler le dénuement de la science à cet égard, et accepter, aux dépens de la saine critique, des cas d'arthrite traumatique ou d'infection purulente comme lésions rhumatismales. Rien de plus facile, certes, que de créer à plaisir une riche anatomie pathologique du rhumatisme, en attribuant indistinctement à cette affection maintes altérations qu'on peut trouver dans les muscles ou dans les articulations. Mais, alors, où s'arrêter dans une telle confusion ? Pour ma part, je ne vois pas alors pourquoi on n'irait pas jusqu'à mettre des tumeurs blanches, et même une maladie de Pott, sur le compte du rhumatisme, ainsi que Latour d'Orléans l'a fait (*Thèse Inaug.*, p. 101 et p. 113). Car, ces maladies peuvent, dans leur début, simuler un rhumatisme articulaire; elles peuvent aussi se présenter chez un sujet rhumatisant, et succéder même à un véritable rhumatisme. Quelles raisons plus fortes a-t-on à faire valoir pour établir la nature rhumatismale de certains cas dans lesquels on a trouvé du pus ou des signes quelconques d'une inflammation franche et vraie à l'intérieur des articulations ? Mais, d'abord, réflechissons un peu combien de tels cas sont rares comparativement à la fréquence du rhumatisme articulaire. Surtout, songeons aussi combien de fois l'autopsie n'a dé-

montré aucune lésion dans les articulations de personnes mortes pendant le cours d'un rhumatisme articulaire, ou avant que les traces d'une inflammation franche et vraie eussent pu disparaître, comme, par exemple, dans notre observation XVe. Et, encore un coup, nous conclurons que l'anatomie pathologique a été jusqu'à présent aussi vainement interrogée à l'égard du rhumatisme articulaire aigu qu'à l'égard du rhumatisme musculaire; et qu'à vrai dire, elle est nulle pour l'un et l'autre, dans l'état actuel de la science.

§ XIII. — Épidémies arthritiques.

Je me reprocherais de clore la description du rhumatisme articulaire aigu sans effleurer, au moins en quelques mots, le point que je prends ici pour sujet de ce treizième et dernier paragraphe. En effet, il est bon de savoir que, d'après le témoignage de plusieurs auteurs, le rhumatisme articulaire, maladie ordinairement sporadique, a quelquefois revêtu le caractère d'épidémie.

Et d'abord, je citerai, sans y attacher beaucoup d'importance, le récit curieux que l'on trouve dans Athénée, et que voici : « Pytherme, à ce que dit » Hégésandre, rapporte que de son temps les » mûriers ne donnèrent point de fruits pendant » vingt ans, et qu'une épidémie goutteuse (1) sur» vint, qui attaqua non seulement les hommes » adultes, mais encore les jeunes garçons, les jeu» nes filles, les eunuques et les femmes : que, de

(1) Επιδημιαν ποδαγρικήν.

» plus, ce fléau sévit même sur les troupeaux, et af- » fligea les deux tiers des moutons. » (*Deipnosophist.*, liv. II, art. *Mûres*). Certes, je suis loin de donner pour authentique un fait pareil, unique dans les fastes de la médecine, et que le compilateur grec ne tient que de seconde main. Toutefois, rien n'autorise non plus à le traiter de fable. Il ne convient pas de s'en appuyer, comme quelques médecins de la Renaissance, pour attribuer aux mûres une vertu prophylactique contre les maladies arthritiques, parce que l'épidémie coïncida avec la disette de ces fruits. Car, alors, pourquoi les moutons auraient-ils été atteints, eux à qui les mûres ne servent jamais d'aliment, et qui ne perdaient rien à ce qu'elles eussent manqué? Mais, après tout, il n'est point improbable que la même constitution atmosphérique, qui nuisit pendant vingt ans à la fructification des mûriers, ait été propre à engendrer dans le corps humain la diathèse arthritique ou rhumatismale. Notons donc le fait, sans crédulité comme sans dédain. Doit-on rien repousser de ce qui se rattache à la question des constitutions médicales, question si philosophique et si vraie quant au principe même, si obscure et si incertaine quant aux applications particulières? Elle est aujourd'hui encore fort négligée, je le sais, méprisée même par beaucoup de gens pour qui l'art tout entier consiste dans l'exercice du tact, de l'oreille, ou des yeux, sans y joindre celui de la raison. Mais les bons esprits se plairont toujours à la méditer, et à recueillir toutes les lumières qui la concernent.

C'est notamment dans les écrits de cette illustre

école de Vienne, qui fleurit avec tant d'éclat durant la dernière moitié du dix-huitième siècle, que l'on trouve d'irrécusables témoignages du développement épidémique de la fièvre rhumatismale. Quelque parti que l'on prenne au sujet des théories de cette école, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elle se distingua surtout par le zèle de l'observation. Si sa manière d'interpréter les faits ne doit pas être toujours adoptée, son exactitude à les constater ne saurait être révoquée en doute. Qui donc, pour se débarrasser de faits importuns et cadrant mal avec tel ou tel système, songerait à invoquer la mauvaise foi, la crédulité, l'amour du merveilleux, comme à l'égard de quelque auteur de l'antiquité, ou de quelque médecin de la Renaissance? Il faudrait n'avoir pas lu, n'avoir même jamais consulté ces œuvres des Van Swieten, des De Haën, des Storck, des Stoll, des De Mertens, œuvres où respirent avec tant d'évidence une telle candeur de récit, un tel goût de vérité, une telle droiture d'observation. Ces grands médecins ont erré quelquefois, sans doute : ils étaient hommes. Mais, certainement, il n'est pas permis de supposer qu'ils se soient trompés, pas plus que de les taxer d'imposture, sur des faits de nature à être constatés, sans erreur possible, par le plus mince écolier. Et c'est justement de faits semblables qu'il s'agit ici : à savoir, si une maladie n'a sévi que sur quelques individus çà et là, ou si elle a frappé tout à la fois une portion notable de la population. Stoll, entre autres, mentionne en plusieurs passages le règne épidémique de la fièvre rhumatismale : par exemple, en mars 1777, en août 1779, et surtout

en décembre de la même année : « En ce mois, » dit-il, « il y eut encore une très abondante moisson d'arthrites et de rhumatismes ; et les maladies de ce » genre ne se montrèrent jamais à moi, ou à d'autres » que je sache, ni plus fréquentes et plus épidémiques, ni plus cruelles, ni d'un caractère plus opiniâtre. » (1)

De Mertens, dans ses *Observationes medicæ*, t. II, ch. V, fait un intéressant récit d'une fièvre arthritique, ou épidémie de rhumatisme articulaire aigu, qui régna à Vienne dans l'hiver de 1782-83. « La fièvre » arthritique, » dit-il, « la plupart du temps continue et rémittente, avec exacerbation vers le soir, » et avec douleurs articulaires vagabondes, attaqua » tant de personnes cet hiver, qu'en cette occasion » je la puis nommer en quelque sorte maladie épidémique, et non pas intercurrente. »

Je ne veux pas ici multiplier les citations. J'avouerai, au surplus, que toutes ces épidémies arthritiques ou rhumatismales dont les auteurs nous ont transmis la mémoire, ne me paraissent certainement pas avoir été de grandes épidémies, ni quant à leur mortalité, ni quant à la durée de leur règne, ni même peut-être quant au nombre des malades. La mortalité fut nulle ou à peu près : Storck, par exemple, ne compte que trois morts dans l'épidémie qu'il a décrite ; chez d'autres auteurs, il n'est

(1) Arthritidum et rheumatismorum uberrima messis etiam hoc mense fuit ; ut id genus morbos, aut frequentiores et ἐπιδημικωτέρους aut sæviores, aut pertinacioris indolis, nec viderim ipse, nec fando acceperim. (*Rat. medend.* Ephem. 1779, december.)

pas même question d'une seule perte : et il n'y a rien là qui ne s'accorde parfaitement avec ce que nous savons du rhumatisme articulaire aigu, dans le cours duquel les malades ne succombent guère que s'il survient quelqu'une de ces graves mais rares complications dont nous nous sommes occupés plus haut. Un, ou quelques mois, voilà la durée de ces épidémies, hormis celle qui, à en croire Athénée, se serait maintenue pendant vingt ans. Quant à la proportion des malades comparativement à la population entière, ou simplement même par rapport aux malades autrement affectés, il y a là dessus absence complète de documens. Mais qu'importe tout cela? L'affection vaguement désignée sous le nom de *Mal épidémique de Paris* (1), et que nous vîmes apparaître et régner dans cette capitale en 1828 et 1829, puis la grippe de 1831, cette avant-courrière du choléra-morbus, n'ont elles pas été toutes des épidémies fort remarquables, bien qu'elles aient été à peu près dépourvues de léthalité? Plus ou moins de durée n'ajoute ni n'ôte rien, non plus, au type épidémique d'une maladie : j'ai vu moi-même, soit en Champagne en 1832, soit dans le département de Vaucluse en 1835, le choléra ne sévir qu'un mois, une quinzaine, même une seule semaine, sur telle ou telle localité que je pourrais citer (car, j'en ai gardé note) : et là même, abstraction faite des vastes désolations d'alentour, il méritait bien le nom d'é-

(1) *Erythema epidemicum* du professeur Alibert (*Monographie des Dermatoses*, t. Ier, page 11.) — *Acrodynie* de M. Rayer (*Traité théor. et prat. des Maladies de la peau*, t. II, p. 890).

pidémie ; tant le nombre des sujets frappés était relativement considérable, et tant ils offraient la visible empreinte d'un fléau commun ! Enfin, l'absence même de tableaux statistiques n'autorise pas à réduire à néant un événement proclamé par de graves et puissans témoignages : regrettons, si l'on veut, l'omission de détails qui, sans doute, auraient leur prix ; mais n'en acceptons pas moins comme authentique et indubitable le fait fondamental, c'est à savoir que, à telle époque et en tel lieu, une même maladie attaqua un grand nombre d'individus à la fois.

Toujours est-il, par conséquent, que ces épidémies rhumatismales, attestées par des médecins qui furent, en leur temps, les lumières de l'art, ne peuvent être proscrites et honnies comme des chimères, mais qu'elles doivent prendre rang dans la science, sinon, je le répète, à titre de grandes épidémies, du moins à titre de petites épidémies, autrement dit, de maladies catastatiques, ou constitutions médicales.

Au demeurant, ce qu'il faut surtout noter dans l'histoire de ces constitutions médicales, c'est que, très souvent, elles ne consistèrent pas seulement en ce que la maladie attaqua un plus grand nombre d'individus que de coutume, mais en ce qu'elle revêtit aussi, en général, une sorte de physionomie propre sous le point de vue symptomatologique, ou sous le point de vue thérapeutique. Ainsi, par exemple, d'après le récit de Stoll, l'épidémie arthritique du mois de décembre 1779 se fit remarquer par la mobilité du mal, par de soudaines et nombreuses métastases sur les nerfs et les viscères, et notamment par la fréquence relative des points de

côté, et des symptômes d'asthme (Pleurésies et péricardites?). « Il y avait, dit-il, une étonnante va-»riation dans les symptômes. Certains malades » étaient pris tout-à-coup d'une douleur pleurétique » ou d'une oppression asthmatique. Paralysie du » bras, ... douleurs d'entrailles, difficulté d'uri-» ner, sciatique, ... tels étaient les effets d'un rhu-» matisme violent et mobile, qui se jetait tantôt sur » un point, tantôt sur un autre. »

De Mertens, dans l'épidémie de 1782-83, signale l'inefficacité absolue de la saignée. « La saignée » et la méthode antiphlogistique, qu'il y a indica-» tion, en d'autres temps, d'employer contre ce genre » de maladie, et qui, d'ordinaire, amènent au moins » quelque soulagement, ne purent pas même, cette » année, mitiger les douleurs.» (*Loc. citat.*) Les opiacés étaient nuisibles. Le camphre, les antimoniaux (kermès minéral, et soufre doré d'antimoine), l'extrait d'aconit, les décoctions de bardane et de salsepareille, les diverses préparations de quinquina, ne furent que peu ou point utiles. De Mertens trouva enfin un remède avantageux : ce furent les bains sulfureux artificiels, préparés, en imitation des eaux thermales de Baden, avec une livre et demie d'un *foie de soufre,* qu'il composait en combinant, à l'aide d'un feu doux, une partie de soufre et deux parties de chaux vive. Ces bains procuraient tout d'abord un grand soulagement aux malades : et tel individu, qui pouvait à peine se bouger auparavant, se tint debout au sortir du cinquième bain. La plupart des malades furent bientôt rendus à la santé par le seul usage de ces bains.

Sous une autre constitution médicale, au mois de mars 1777, Stoll avait déjà observé l'insuccès de la saignée, et cela en opposition avec les bons résultats des émétiques. Laissons-le parler ici : car rien n'est persuasif comme le ton simple et naturel dont il raconte ses observations et ses heureuses inspirations. « Quoique le sang tiré des » veines offrît une couenne inflammatoire épaisse, » cependant la phlébotomie n'apporta que peu ou » point de soulagement aux malades ; il en fut de » même de l'application des cantharides, que, dans » le rhumatisme inflammatoire des lombes, des » membres et du thorax, j'avais si souvent admi- » rées l'année précédente comme un remède spéci- » fique. Mais je me convainquis plus tard que j'a- » vais pris pour inflammation un rhumatisme qui » ne l'était pas, et que je m'étais laissé tromper par » la température un peu froide de la saison, par » l'état couenneux du sang et par le caractère in- » flammatoire des maladies jusque là régnantes.

« Ces rhumatismes étaient d'origine gastrique, » et dérivaient des impuretés de l'estomac, sans » présenter, il est vrai, de nombreux signes d'une » saburre amère, mais pourtant avec quelques si- » gnes de cette sorte. C'est par hasard que je dé- » couvris le remède. Dans une sciatique rebelle de » ce genre, je prescrivis le soufre doré à titre d'al- » térant. Le malade vomit, contre mon intention ; » il rejeta une grande quantité de bile, quoiqu'il » n'eût offert que quelques signes, et des signes » douteux, de cet état bilieux, et quoique le sang » qu'on lui avait tiré auparavant fût couvert d'une

» couenne très épaisse; bientôt après, il fut nota-
» blement soulagé, et je le guéris en le faisant dor-
» mir de nouveau.

« Dès lors, j'opérai plus efficacement et plus
» promptement la cure de plusieurs individus at-
» teints d'une maladie semblable, un cas fortuit
» m'ayant ainsi montré la route.

« Un instant je laissai là les vomitifs, et je me
» servis de purgatifs répétés et variés. Mais le trai-
» tement fut long et laborieux; sans hésiter, je
» revins aux vomitifs. (*Rat. medend.*, 1777,
» mart.) »

Je pourrais encore multiplier les citations à cet égard. Mais je ne veux pas épuiser le sujet, je ne voulais que l'indiquer à ceux d'entre les jeunes médecins qui ont une assez haute portée d'esprit pour en apprécier l'immense intérêt, et qui n'auront pas encore clos pour jamais leur intelligence, sous l'influence d'un mauvais enseignement, dans quelque système étroit et exclusif. Ceux-là, j'en suis sûr, iront puiser aux sources mêmes dont nous leur montrons le chemin.

Toutefois le peu que j'ai cité, suffit bien pour inspirer d'utiles et fécondes réflexions. Voilà des praticiens consommés, calmes et de sang-froid, qui rapportent simplement ce qu'ils ont observé, sans emphase et sans prétention, sans se poser en législateurs de la science, sans généraliser à la hâte les observations particulières à un pays et à une époque! Hé bien! ils remarquent qu'en tel temps la coïncidence de tel symptôme anomal avec le rhumatisme articulaire fut plus fréquente que de cou-

tume; qu'en tel autre temps la saignée, qu'ils avaient, eux aussi, employée maintes fois avec grand succès, demeure inefficace, et qu'en son lieu et place les véritables moyens de guérison furent, ici les émétiques, là les bains sulfureux. Que penser maintenant, d'autre part, de ces observateurs impatiens et fougueux, qui, d'après leur expérience individuelle de quelques années, bâclent une loi pathologique, promulguent une charte invariable de traitement, et sourient dédaigneusement au nom de constitution médicale? De quel côté se trouvent les insignes de la vérité? Appelons-en à ces paroles hippocratiques, paroles sublimes, si connues et si méconnues tout à la fois, que tous ont à la bouche, et que peu ont dans le fond de l'esprit. « L'art est long, la vie courte, l'expérience » trompeuse, et le jugement difficile. » La philosophie médicale est là tout entière. Et, qu'est-ce donc qu'un observateur isolé, qui renie le passé de la science, qui ne se fie qu'à soi, et rejette tout ce qui vient d'autrui?

SECTION III.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

On a préconisé beaucoup de remèdes contre le rhumatisme articulaire. En résulte-t-il que tous ces remèdes soient véritablement efficaces, et que le praticien n'ait que l'embarras du choix? Hélas! non. Sur tant de moyens tour à tour vantés et prônés, il n'y en a pas un seul sur lequel on puisse sûrement compter. Avouons-le avec douleur, l'art n'a pas le pouvoir certain d'arrêter ni même d'abréger le cours du rhumatisme articulaire.

On comprend pourquoi tant de remèdes ont successivement obtenu une vogue momentanée: c'est que dans les arthrites partielles, ou dans une arthrite générale qui doit se terminer d'elle-même au vingtième jour, les remèdes les plus inertes, les plus insignifians, ont pu paraître efficaces, même aux yeux de médecins de bonne foi, et, à plus forte raison, aux yeux des gens du monde. Qu'en pareil cas un personnage influent s'imagine devoir sa guérison à tel remède; qu'un praticien à grande clientelle et à voix puissante exalte tel moyen nouveau, ou renouvelé: alors la tourbe moutonnière suivra machinalement l'impulsion donnée, jusqu'à ce que de nombreux insuccès prouvent à satiété l'inefficacité du remède prôné.

Nous indiquerons ici les médications diverses qui ont été le plus généralement employées, et nous nous arrêterons de préférence sur celles qui nous paraissent les plus rationnelles, les plus propres à modérer et peut-être à abréger la maladie.

§ I[er]. — Saignées générales.

Le rhumatisme articulaire aigu ayant une forme inflammatoire, on a dû rationnellement lui opposer la méthode antiphlogistique, et, par conséquent, la phlébotomie, qui est, pour ainsi dire, l'ame de cette méthode. Quelquefois la nature, comme pour indiquer et justifier l'emploi des évacuations sanguines, a opéré d'elle-même la guérison par le moyen d'une hémorragie. Tel fut le cas, rapporté par Baillou, d'un comte angevin, dont le rhumatisme se prolongea jusqu'à la fin du sixième septénaire : dix saignées n'avaient nullement allégé la maladie; il survint une épistaxis tellement abondante qu'elle menaça presque de devenir mortelle : hé! bien, la convalescence suivit de près (Ballonius, *de Rheumatism*). De telles observations ont sans doute conduit les médecins à multiplier les saignées. Et cependant les saignées répétées ne paraissent point, dans la grande majorité des cas, interrompre la marche du mal, et ont toujours l'inconvénient de laisser après elles une faiblesse extrême. Sydenham s'en était bien convaincu par expérience, lui qui, dans les premières années de sa pratique, avait été partisan d'un emploi assez large de la saignée, et qui, plus tard, quoi qu'en ait dit M. Bouillaud (*Nouv. Rech.*, p. 127), y renonça dans certains cas, et en usa même dans tous les autres cas avec plus de modération. Voici, en effet, quelle fut sa première manière. « Dès que » je suis appelé, je prescris sur-le-champ une sai- » gnée du bras... de dix onces... Le lendemain, » je fais tirer une égale quantité de sang: un ou deux

» jours après, selon les forces du malade, troisième » saignée; enfin, après un intervalle de trois ou » quatre jours, selon les indications fournies par les » forces du malade, par son âge, par sa constitution » et par d'autres circonstances, j'ordonne une qua- » trième saignée, qui, le plus ordinairement, est la » dernière; car il est rare que nous ouvrions la veine » plus de quatre fois. » (Sydenh. *de Morb. acut.* sect. VI. c. 5. *Rheumatismus.*) Les moyens auxiliaires étaient les juleps, les émulsions, les cataplasmes, la diète, les tisanes et les lavemens : huit jours après la dernière saignée, potion cathartique douce. Quelques années après, le même auteur, dans sa lettre à Robert Brady, reconnaît que les saignées répétées non seulement abattent dans le moment les forces du malade, mais encore, pour peu qu'il soit d'une constitution débile, le rendent plus apte à d'autres maladies pendant quelques années (1). Puis, il dit qu'il y a substitué avec succès l'usage du petit-lait, et notamment chez un pharmacien, dont, depuis dix ans, il avait traité les attaques à l'aide de la phlébotomie souvent réitérée, non sans les inconvéniens ci-dessus signalés. Il ne tombe pas, il est vrai, d'un excès dans un autre, et ne va pas jusqu'à proscrire absolument la saignée : il la conseille même, formellement, chez les individus qui sont dans la force de l'âge, ou qui sont depuis long-temps adonnés au vin et autres liqueurs spiritueuses. « Dans ce cas, » dit-il, « il est bon que le malade soit traité A PEU PRÈS

(1) Non tantùm ægri vires pro tempore franguntur : sed, si paulò fuerit naturâ debilior, aliis etiam morbis ad annos aliquot obnoxior ferè redditur.

» selon la méthode que j'ai donnée dans le chap. V. » de la sect. VI. de notre livre *sur les maladies aiguës* : mais pourtant, depuis ce livre, l'expérience » m'a appris qu'après la seconde ou tout au plus » la troisième saignée, il valait mieux administrer et » répéter souvent les cathartiques jusqu'à la com- » plète cessation des symptômes, que de laisser tout » à faire à la phlébotomie. En effet, la purgation ve- » nant en aide à la phlébotomie pour déraciner la » maladie, il sera possible de guérir sans une perte » considérable de sang. » (1) Deux saignées de dix onces (remarquez-le bien), au lieu de quatre ; purger davantage et saigner moins : n'est ce pas là une méthode nouvelle, bien différente de la première? Et je m'étonne, vraiment, que M. Bouillaud voie là, comme nous le voyons nous-mêmes, un *amendement* (c'est-à-dire une amélioration), et non pas une *palinodie* ou *apostasie thérapeutique*. Il est, en vérité, fort indulgent pour Sydenham. Que dirait-il de nous, si, en règle générale, nous bornions à vingt onces la quantité de sang à tirer dans le rhumatisme articulaire aigu?

Stoll, qui avait quelquefois suivi la première mé-

(1) In hoc igitur casu omninò par est, ut eo ferè modo, quem libri nostri *de Morb. acut.* sect. VI, cap. V, tradidi, curetur æger : tametsi ex quo eum scripsi, experientiâ didicerim satius esse post secundam, vel ad plurimum post tertiam venæ sectionem cathartica sæpe sæpiùs exhibere atque repetere, donec symptomata omnia penitùs cessaverint, quàm phlebotomiæ rem totam committere. Etenim ob catharsin suppetias ad averruncandum morbum phlebotomiæ ferentem, citrà ingentem istam sanguinis jacturam subsistere fas erit.

thode de Sydenham, a aussi remarqué que souvent la longue durée du mal n'en fut point abrégée. « Nous » brisâmes, dit-il, les forces des malades plus vite » que la maladie. Les malades demeurèrent immo- » biles pendant plusieurs semaines. » (*Rat. medend.* » art. 1776, mens. mai.)

Mais toujours est-il que la saignée, et la saignée largement et même abusivement répétée, n'est pas une médication de date récente contre le rhumatisme articulaire aigu. Depuis Sydenham, et malgré ce qu'on peut à juste titre appeler sa rétractation, bon nombre de médecins n'ont pas moins continué à tirer du sang en abondance. Pour prouver notre assertion, donnons ici quelques citations, choisies entre cent autres que nous pourrions faire.

Sarcone fit un emploi assez général de la saignée, avec succès, à ce qu'il paraît, dans la fièvre rhumatismale qui régna à Naples en 1764. « La sai- » gnée, dit-il, pratiquée hardiment et peu après l'in- » vasion dans le fort de la fièvre, et répétée avec pru- » dence dans le second et dans le troisième redou- » blement, était le premier et le plus sûr des remèdes » nécessaires. Quelques médecins, qui, peut-être par » système, ou qui, séduits par la seconde méthode » de Sydenham, s'abstinrent d'ordonner la saignée, » et voulurent se borner à la simple prescription du » petit-lait et de l'eau, virent, il est vrai, guérir leurs » malades, mais durent s'apercevoir qu'ils n'eurent » que tard le plaisir de les voir en convalescence. » (1)

(1) La cavata di sangue arditamente, e presto praticata nell' altezza della prima febbre, e replicata con prudenza nella seconda, e terza accessione, era il primo ed il più sicuro

Tissot dit dans l'*Avis au peuple* (Rhumatisme, §. 169.) : « Si le mal ne diminue pas considérable- » ment après la première saignée, il faut la réitérer » au bout de quatre heures. J'en ai fait faire quatre » dans les deux premiers jours, et, quelques jours » après, une cinquième. »

D'après le témoignage de Sauvages, la phlébotomie n'aurait pas non plus été épargnée à l'école de Montpellier dans le dernier siècle. Car, à propos du traitement de Lobb, médecin anglais, qui guérissait sans émissions sanguines, et après le récit d'une heureuse cure ainsi obtenue en huit jours, l'illustre nosologiste dit : « A Montpellier la phlébotomie aurait été » répétée dans les premiers jours environ TROIS FOIS » PAR JOUR. » Et plus bas il ne peut s'empêcher de laisser échapper une conclusion en l'honneur de la puissance médicatrice de la nature, qui, malgré le médecin, guérit toutefois le malade. « *Hinc concludo*, « s'écrie-t-il, » *naturam esse optimam morborum* » *medicatricem, cùm invitis quæ à medico objiciun-* » *tur impedimentis, ægrum tamen à morbo liberat.* » (*Nosol. method.* class. VII, gen. III, *Rheumatism.*)

Enfin, pour montrer même que la triste priorité de l'abus des saignées jusqu'à la déraison n'appartient à aucun de nos contemporains, nous citerons

di rimedj necessarj. Alcuni, che forse per sistema, o che tratti dal secondo metodo sidenamico, si tennero lontani dal prescrivere la cavata di sangue, e vollero attenersi alla semplice ordinazione del siero e dell' acqua, videro, è vero, curati i loro infermi, ma dovettero ancora avvedersi che tardi ebbero la consolazione di vederli risorti. (SARCONE, *Istoria*, t. I, pag. 109.)

un mémoire anonyme, que Bruhier a annexé, avec des éloges pour l'auteur, à sa traduction du Traité d'Hoffmann *sur le Rhumatisme et la Goutte.* Cet auteur, qui était, à ce qu'il paraît, un certain docteur Uffroy (V. le *Recueil périodique de la Soc. de Méd. de Paris,* t. XIV, p. 385), proposait comme méthode invariable de traitement, sans égard à l'âge ou aux forces des malades, ni à la période ou à l'intensité de la maladie, de tirer vingt livres de sang, par deux livres à la fois, en l'espace de trente-six heures ; et il apportait, lui aussi, des observations à l'appui, je ne dirai pas de cette médication, mais de cette effroyable boucherie. Hélas! il est donc trop vrai qu'on peut en quelque sorte appliquer aux médecins ce que Cicéron a dit des philosophes ; c'est à savoir qu'il n'y a pas d'absurdité imaginable qui ne trouve parmi eux quelque enthousiaste partisan.

Maintenant, concluons. La saignée n'étant pas, on le voit, un moyen nouveau dans le rhumatisme articulaire aigu, mais, au contraire, ayant été ainsi depuis des siècles employée à des degrés divers contre cette maladie, si elle en était le véritable spécifique, si, comme le veut M. Bouillaud, elle était là ce que le quinquina est à la fièvre intermittente, son pouvoir ne serait-il pas aujourd'hui reconnu comme celui de l'écorce du Pérou ? Le quinquina, dans son début, a eu, sans doute, autant et plus de contradicteurs que de prôneurs : mais, après quelques années de controverses, l'évidence de ses effets a enfin conquis tous les esprits. S'il n'en est pas de même de la saignée, c'est qu'elle ne s'est pas montrée,

tant s'en faut, aussi visiblement et aussi constamment efficace, et que, aux yeux même de quelques observateurs, ses inconvéniens certains ont paru l'emporter sur ses incertains avantages. En effet, malgré ce luxe des évacuations sanguines, la maladie n'est point arrêtée court, n'est point coupée ou *jugulée*, dans la grande majorité, disons mieux, dans la presque universalité des cas. Et il arrive même que le malade, à qui on a ôté outre mesure le sang, véritable foyer de la vitalité, ne redevient capable de reprendre les travaux et les devoirs de la vie sociale qu'après une convalescence énormément longue. (Voyez, par exemple, la XIIIe observation.) Qui sait, d'ailleurs, si cet affaiblissement extrême ne prédispose pas aux récidives?

Aussi, loin d'être unanimement recommandée, la saignée a même été tout-à-fait proscrite par quelques médecins, et, entre autres, par Giannini. » *Il primo ed il più utile*, dit celui-ci, *sarà la* » *proscrizione del salasso.* » (*Sulla natur. delle febbri*, cap. 8.)

Quant à nous, nous ne sommes pas non plus de ce dernier avis. Nous nous garderons de l'un et de l'autre excès. Nous ne prodiguons pas les saignées, mais nous ne nous les interdisons pas. Ainsi que la plupart des praticiens de notre siècle, nous avons abdiqué la chimérique prétention de faire avorter la maladie par la fréquente répétition de la phlébotomie, et nous nous contentons, en général, d'ouvrir une ou deux fois la veine dans le seul but de modérer la fièvre, ce que nous paraissons, en effet, obtenir.

§ II. — Saignées locales.

Pringle, ayant remarqué que les applications de sangsues diminuent et abrègent presque constamment le mal à chaque articulation où elles sont faites, avait d'abord conseillé d'appliquer ces vers à foison sur les articulations rhumatisées. Puis, comme il avait ensuite remarqué que les douleurs, expulsées d'un point, reparaissent bientôt ailleurs, il ne conseilla plus que d'employer un petit nombre de sangsues chaque fois, non pour enlever sur-le-champ l'affection là où elle se sera fixée, mais pour tempérer les douleurs. Ainsi, il faisait poser ordinairement quatre ou cinq sangsues sur les articulations malades, en laissant couler le sang jusqu'à ce que les piqûres cessassent d'elles-mêmes d'en fournir, et il les employait souvent de cette façon pendant trois à quatre jours de suite: puis, il n'en prescrivait l'application qu'à des intervalles progressivement plus longs et en plus petit nombre. (Pringle, *Observ. sur les Maladies des Armées.* § du Rhumatisme).

De nos jours, M. Broussais a professé, conformément aux principes généraux de sa doctrine, que l'affection rhumatismale des articulations n'est primitivement qu'une affection toute locale, qui ne se reproduit consécutivement sur d'autres points que par sympathie. Il a donc dû, comme il l'a fait, poser comme conclusion pratique de cette théorie qu'il fallait à force de sangsues faire avorter le mal dans la première articulation qui se trouvait prise. Pour me servir des termes scolastiques, la con-

séquence était légitime, mais non pas peut-être le conséquent : car les prémisses du raisonnement étaient plus que suspectes. Il n'est point du tout admissible que le rhumatisme articulaire soit une affection purement locale, et nous croyons qu'il appartient à la catégorie de ces inflammations disséminées, qui ne sont que les manifestations d'une cause occulte et spécifique. Nous traiterons plus tard cette question sous un pur et simple point de vue de philosophie médicale. Qu'il nous suffise ici d'apprécier la valeur de la thérapeutique broussaisienne du rhumatisme articulaire aigu général d'après l'expérience clinique, tribunal souverain et sans appel en fait de thérapeutique. Hé bien! il nous est, sans aucun doute, arrivé, comme à M. Broussais, d'enlever par des applications de sangsues maint rhumatisme partiel apyrétique. Aussi ne contestons-nous point en ce cas l'immense avantage qu'il y a d'avoir recours à ces annélides. Mais ne dites pas, vous, de votre côté, que vous avez empêché la répétition sympathique du mal : car cela n'est pas. C'est une remarque qui n'avait point été faite par M. Broussais, et qui l'a été par M. Chomel d'après de nombreuses observations, que, lorsqu'il y a fièvre, la cessation de la douleur locale n'annonce point une guérison définitive comme dans le rhumatisme partiel apyrétique, mais qu'infailliblement le mal, après un court laps de temps, se manifeste à d'autres articulations.

Mais, dira-t-on, si la saignée locale abrège la durée du mal dans chaque articulation, appli-

quons successivement des sangsues, sans cesse et sans relâche, à toutes les articulations qui se prendront les unes après les autres, et par là nous aurons abrégé la durée totale de l'affection arthritique. Cette conclusion est fort mauvaise ; s'il y a dans l'économie une cause qui ait besoin de s'épuiser par la production des phénomènes arthritiques, que gagnez-vous à la chasser d'articulation en articulation, à en éparpiller, pour ainsi dire, l'action plus que ne l'eût fait la nature abandonnée à elle-même ? Si, dans le cours de la fièvre rhumatismale, une même articulation n'était prise qu'une seule fois, nous comprendrions qu'on prétendît avoir à s'applaudir d'une moindre durée de chaque arthrite partielle. Mais il n'en est pas ainsi. La même articulation peut être rhumatisée à deux, trois, ou quatre reprises différentes, et même plus, tant que dure la pyrexie. Donc on n'est pas en droit de penser que l'abréviation partielle de chaque arthrite abrège la durée totale de l'affection. Cette idée n'est qu'un peut-être ; sera ce donc sur un peut-être, que vous exposerez votre malade aux inconvéniens certains de la faiblesse qui ne succédera pas moins à des applications répétées de sangsues qu'à des phlébotomies réitérées ?

Ainsi donc, nous approuvons fort les saignées locales dans le rhumatisme articulaire partiel. Mais, dans le rhumatisme articulaire aigu général, nous ne les jugeons guère convenables et opportunes qu'autant que les douleurs seront excessives à telle ou telle articulation, et y resteront opiniâtrément

fixées pendant quelques jours. Nous y recourons comme à un moyen accessoire, mais nous n'en faisons pas la base principale du traitement.

C'est chose bien claire, et presque superflue à remarquer, que ce que nous avons dit des saignées locales opérées par les sangsues, concerne également l'emploi des ventouses scarifiées.

§ III. — Médication, dite *jugulante*, par la combinaison des saignées générales et des saignées locales.

D'après les deux paragraphes qui précèdent, on pourrait se faire *à priori* une idée exacte de la valeur de cette combinaison des saignées générales avec les saignées locales. Nous n'y verrions, ainsi, rien que de louable et de rationnel, tant qu'en employant les unes dans le but de modérer tout l'ensemble de la maladie, et les autres dans celui de diminuer les douleurs par trop intenses de telle ou telle articulation, on ne porterait pourtant pas la perte de sang à une dose excessive et imprudente. Mais ce dernier inconvénient, nous dirons même ce danger, ne serait-il pas imminent, si l'on conçoit la prétention et qu'on risque la tentative de *juguler* la maladie à force d'évacuations sanguines par l'une et l'autre voie? Puisque nous avons reconnu que ni les saignées générales ni les saignées locales ne peuvent, dans la très grande majorité des cas, couper la fièvre rhumatismale comme le quinquina coupe la fièvre intermittente, il y aurait vraiment quelque chose d'inconcevable à ce que l'emploi alternatif des unes et des autres jouît d'une telle spécificité. Ce ne serait pas là seulement un fait empirique com-

parable à l'acquisition d'un médicament nouveau, dont la vertu, si occulte et si merveilleuse qu'elle fût, serait, après tout, admissible; ce serait un fait illogique, irrationnel, contradictoire aux notions déja consacrées dans l'art par l'expérience elle-même, bref, un fait tel que la nature, toujours fidèle à ses lois, n'en présente jamais.

Qu'un médecin, un charlatan même, vienne avec une drogue jusqu'alors inconnue, et dise : Voilà le spécifique du rhumatisme et de la goutte! On peut, sans doute, se méfier de son assertion; il y a plus, on le doit; tant d'illusions ou de mensonges en ce genre ont jusqu'à présent levé des tributs sur les malades! Toutefois, on ne saurait nier absolument la vertu du prétendu spécifique, jusqu'à tant que l'expérience ait prononcé; car, il n'est pas impossible qu'un tel remède soit un jour découvert, « *Ejus modi remedium quandoque inventum iri,* » comme dit Sydenham. (*Tract. de Podagr. in fine.*)

Mais que l'on prétende établir une médication spécifique, jugulante et infaillible, avec des moyens depuis long-temps connus et éprouvés, avec des moyens qui sont avantageux, sans doute, dans une certaine mesure, mais qui n'ont, ni l'un ni l'autre, une efficacité constante et immanquable, qui abattent souvent le malade plutôt que la maladie, et qui, poussés à l'excès, sont encore plus capables de *juguler* celui-là que celle-ci; c'est là, ce nous semble, une prétention singulière et bizarre, que les hommes instruits et expérimentés sont en droit de rejeter comme chose déjà jugée, et, pour ainsi dire, par

fin de non-recevoir, même avant l'examen des faits sur lesquels elle est soi-disant appuyée.

Nous ne nous attacherions donc pas à réfuter longuement et dans toutes les règles cette hérésie médicale, si elle n'avait actuellement acquis une certaine importance. Mais, produite aujourd'hui, du haut de la chaire professorale, avec les prestiges d'une parole savante et passionnée, elle menace d'égarer beaucoup de jeunes esprits; car l'enthousiasme du maître est contagieux. Dans le noviciat clinique, tant de disciples poussent à l'excès la maxime de Bacon : « *Oportet discentem credere!* » C'est donc pour nous un devoir que de mettre la vérité dans tout son jour sur le point qui nous occupe, ne dussions-nous épargner qu'à un petit nombre des élèves de M. Bouillaud les désappointemens cruels et les tardives désillusions de l'expérience personnelle. Ainsi, nous allons démontrer *à posteriori* ce que nous avons déjà avancé tout-à-l'heure *à priori*. Par l'examen même des faits que le professeur de la Charité apporte à l'appui de ses conclusions, nous verrons que l'emploi des saignées générales et locales coup sur coup, qu'il appelle assez improprement sa *formule*, et que nous appellerions, nous, dans un langage régulier, sa méthode, non seulement ne *jugule* pas le rhumatisme articulaire aigu, mais même n'en abrège pas la durée moyenne, indépendamment des inconvéniens plus ou moins graves qu'une si grande perte de sang doit entraîner.

M. Bouillaud dit (*Nouv. Rech.*, p. 133) : « Les » succès qu'on retire de cette nouvelle formule des

» émissions sanguines sont tels qu'on n'y peut réel» lement ajouter foi qu'après les avoir vus. » Hé! bien, non, nous ne nous méfions pas de la sincérité des faits que M. Bouillaud rapporte : nous n'avons pas besoin de les voir, nous les acceptons sur parole. Que veut-on de plus? Faudra-t-il maintenant abdiquer notre raison ou toute notre expérience passée, pour admettre des affirmations générales, que les faits particuliers dont on les accompagne, ne justifieraient pas, ou même démentiraient ?

Et d'abord, ce n'est pas sérieusement qu'on pourrait prétendre qu'en aucun de ces cas la maladie ait été *jugulée. Juguler* une maladie, c'est, si je ne me trompe, la guérir sur-le-champ, l'arrêter court, la couper brusquement. Qu'on applique cette expression aux cas dans lesquels le quinquina dompte une fièvre pernicieuse, à ceux dans lesquels une prompte saignée enlève des symptômes apoplectiques; rien de mieux. Mais ce serait une étiquette bien menteuse pour les cas de rhumatisme anticulaire aigu fébrile, traités par la *formule* de M. Bouillaud : relevons-les, en effet, un à un, dans les *Nouvelles recherches*, sous le point de vue de la durée écoulée depuis l'entrée du malade à l'hôpital, ou le commencement du traitement, jusqu'à la guérison, en tenant compte aussi de la date de la maladie avant l'entrée; car cette dernière considération est très importante, quoi que M. Bouillaud en dise.

RELEVÉ des cas rapportés par M. Bouillaud dans les Nouvelles Recherches.

	Date de la guérison depuis l'entrée.	Date de la maladie lors de l'entrée.	Durée totale.
Cas de la p. 33,	25e jour.	6e jour.	31 jours
p. 35,	16e j.	5e j.	21 j.
p. 38,	6e j.	7e j.	13 j.
p. 39,	5e j.	*non indiqué* (1).	»
p. 40,	6e j.	6e j.	12 j.
p. 42,	40e j.	20e j.	60 j. (2).
p. 44,	*non indiq.* (3).	8e j.	»

(1) Ce fait doit être récusé et n'a aucune valeur dans la question qui nous occupe, à raison de ce défaut d'indication; car rien n'empêche de supposer que la maladie ne fût alors très avancée, et, par conséquent, très voisine de son terme naturel.

(2) Relativement à ce cas, M. Bouillaud dit que, vu l'ancienneté de la maladie, et l'épuisement de la malade, il s'abstint cette fois de la formule des saignées coup sur coup. Malgré quelques émissions sanguines précédemment pratiquées en ville, il fit cependant pratiquer encore deux saignées générales, de quatre palettes l'une, et de trois palettes l'autre, et une saignée locale de quatre à cinq palettes (ce qui est encore bien énergique chez un sujet *épuisé*). Ne semblerait-il pas qu'il ait d'abord essayé là sa *formule*, et qu'il n'y ait renoncé qu'en désespoir de cause? Quoi qu'il en soit, y avait-il là de quoi conclure, comme d'un ton de triomphe? « Les » saignées n'ont point été pratiquées suivant notre méthode, » et la maladie a eu la durée assignée par les auteurs, savoir : » de 40 à 60 jours. » Et pourquoi n'avez-vous pas saigné suivant votre méthode? pourquoi avez-vous l'air de jeter cet insuccès sur le compte de la *méthode ordinaire*? Et, encore une fois, où avez-vous vu que la durée naturelle du rhumatisme articulaire aigu fût de 40 à 60 jours chez la plupart des sujets? Vous avez vu chez les *bons* auteurs, ce que la nature elle-même vous a montré dans le cas en question, c'est que, malgré la saignée, votre prétendu spécifique, le rhumatisme articulaire aigu peut se prolonger jusqu'au 60e jour.

(3) Pourquoi ici M. Bouillaud ne nous donne-t-il qu'une

		Date de la guérison depuis l'entrée.	Date de la maladie lors de l'entrée.	Durée totale.
Cas des p. 145 et 146	1°	16e j.	*non indiqué.*	»
	2°	10e j.	*idem.*	»
	3°	15e j.	*idem.*	»
	4°	16e j.	*idem.*	»
	5°	20e j.	*idem.*	»
	6°	25e j.	*idem.*	»
	7°	30e j. *au moins* (1)	*idem.*	»
	8°	16e j.	*idem.*	»
	9°	du 8e au 10e j. (2)	*idem.*	»
	10°	16e j.	*idem.*	»

indication vague? La malade entra dans les premiers jours du mois d'août 1835, et sortit le 13 septembre. Quand cessa-t-elle de souffrir des douleurs articulaires? Silence complet là-dessus. Voici le motif de ce silence : c'est qu'on saigna suivant la *méthode ordinaire*, et que la maladie traîna en longueur. On voit que M. Bouillaud ne compromet pas sa *formule;* il ne l'emploie pas dans les cas où il prévoit que la durée sera longue. Je m'étonne qu'avec cela ses statistiques ne soient pas plus merveilleuses.

(1) Nous disons *au moins*; car M. Bouillaud partage la maladie en deux actes, sans indiquer la durée de l'entr'acte, comme il suit : « Guéri le quatorzième jour.—Rechute grave, » à la suite d'un refroidissement. — Guéri de nouveau, seize » jours après la rechute. » Mais, pour notre part, nous n'avons jamais songé à diviser ainsi un rhumatisme articulaire aigu, pendant le cours duquel les douleurs se suspendent quelques jours pour reparaître ensuite comme auparavant: fait que M. Chomel a, le premier, signalé. Voilà encore un moyen ingénieux d'avoir de rapides guérisons dans ses statistiques! Mais nous ne pensons pas qu'il soit approuvé de la majorité des praticiens. Pourrait-on se vanter d'avoir guéri une fièvre intermittente, d'en avoir détruit le principe dans l'économie, parce qu'un ou deux accès seulement auraient manqué?

(2) Singulière indication pour un cas particulier!

		Date de la guérison depuis l'entrée.	Date de la maladie lors de l'entrée.	Durée totale.
Cas de la p. 147.	1°	17ᵉ j.	8ᵉ j.	25 j.
	2°	14ᵉ j.	5ᵉ j.	19 j.
	3°	32ᵉ j.	15ᵉ j.	47 j.
	4°	25ᵉ j.	15ᵉ j.	40 j.
	5°	14ᵉ j.	8ᵉ j.	22 j.
	6°	26ᵉ j.	3ᵉ j.	29 j.
	7°	22ᵉ j.	15ᵉ j.	37 j.
	8°	22ᵉ j.	8ᵉ j.	30 j.
	9°	21ᵉ j.	15ᵉ j.	36 j.
	10°	15ᵉ j.	7ᵉ j.	22 j.
	11°	13ᵉ j.	6ᵉ j.	19 j.
	12°	17ᵉ j.	5ᵉ j.	22 j.
	13°	19ᵉ j.	7ᵉ j.	26 j.
	14°	14ᵉ j.	3ᵉ j.	17 j.
	15°	19ᵉ j.	3ᵉ j.	22 j.
	16°	20ᵉ j.	5ᵉ j.	25 j.

Ainsi, sur ces trente-trois cas de rhumatisme articulaire aigu que M. Bouillaud a traités, nous n'en voyons pas un qui ait été *jugulé*, à moins qu'on ne s'avise de considérer ainsi les deux cas où la guérison a eu lieu, il est vrai, le sixième jour depuis l'entrée : mais enfin, à dater de l'invasion, la guérison, dans un de ces cas, eut lieu le douzième jour, et, dans l'autre, le treizième jour, c'est-à-dire, dans l'un et l'autre cas, vers la fin du second septénaire. On ne doit tenir aucun compte du cas qui guérit après cinq jours de traitement, mais dont la durée antérieure n'est pas indiquée. Dans les trente cas restans, la guérison n'a jamais eu lieu avant le dixième jour depuis l'entrée ; elle a souvent dépassé le vingtième, et s'est fait attendre une fois

jusqu'au trente-deuxième. Ce ne sont pas là, à coup sûr, des miracles de thérapeutique; et tout le monde avouera sans peine qu'après la formule de M. Bouillaud la méthode *jugulante* est encore à trouver.

Il y a plus : en réalité, les résultats que M. Bouillaud a obtenus par l'emploi des saignées générales et locales coup sur coup, et que nous acceptons, encore une fois, comme si nous en avions été témoins, ne déposent nullement en faveur de cette *immense supériorité* que dans son imagination, et par une gratuite affirmation de sa page 134, il prête à sa méthode sur *celles jusqu'ici usitées*.

C'est d'abord une illusion singulière que de faire consister cette supériorité en ce que la mortalité a été nulle jusqu'ici, et en ce qu'on prévient, dit-on, le passage de la maladie à l'état chronique. Qu'y a-t-il de si surprenant qu'il en ait été ainsi, depuis le peu de temps que la nouvelle *formule* est employée? La terminaison ordinaire du rhumatisme anticulaire aigu général est, comme nous l'avons dit dans un paragraphe *ad hoc*, la résolution : le passage à l'état chronique, et surtout la mort, sont des cas rares, dans toute la rigueur du mot. Qu'on interroge des praticiens vieillis dans un long exercice de l'art : peu répondront avoir vu la fièvre rhumatismale devenir mortelle, même avec la complication d'une péricardite. Cette maladie, la plus douloureuse peut-être de toutes, a toujours passé pour n'être pas dangereuse : ce n'est pas nous qui avançons cela à plaisir aujourd'hui, afin de réfuter M. Bouillaud. C'était chose reconnue de temps im-

mémorial. Pinel, par exemple, conseillant de ne recourir à la saignée que dans le cas de fièvre intense et de pléthore très grande, disait : « On doit bien » se garder de chercher à étouffer la douleur, et il » convient d'abandonner la maladie à elle-même » comme on le fait pour toutes les phlegmasies aiguës, » QUI NE SONT PAS DANGEREUSES.» (*Nosog. phil.* Rhum. » fibr., § III). » Ai-je besoin, après cela, d'ajouter que pendant mon intérimat du service clinique de l'Hôtel-Dieu, voulant recueillir des matériaux pour la rédaction de ces leçons, je priai mes confrères et amis du bureau central des hôpitaux de m'envoyer de préférence les cas de rhumatisme, et que, contre ma secrète espérance, je n'eus pas une seule fois un examen nécroscopique à faire? Et cependant je ne versai pas le sang à flots et coup sur coup : car, à l'hôpital comme en ville, je voulus et voudrai toujours me rendre le témoignage que se rendait Sydenham : « *Ego mihi gratulor quod omnes ægros* prudenter *tractaverim*, *sicut memet* » *tractari voluissem*. »

Quant à la durée du rhumatisme sous l'influence de la nouvelle *formule*, M. Bouillaud a émis une assertion bien étrange, fausse de tout point, et, ce qui vraiment est inconcevable, en flagrante contradiction avec les données statistiques que ses propres observations lui ont fournies, et qu'il publie, il faut l'avouer, avec une bonne foi très méritoire. Voici cette assertion:

« Par l'emploi de la nouvelle formule, la durée » du rhumatisme est, TERME MOYEN, d'UN à DEUX » septénaires seulement, au lieu de SIX à HUIT. »

Premièrement, si M. Bouillaud était plus familier avec le langage mathématique auquel il aime tant à faire des emprunts, il n'aurait pas, ce me semble, fait varier du simple au double le terme moyen. Car une durée moyenne, à parler rigoureusement, est une quantité fixe qu'on obtient en totalisant les durées variables d'un certain nombre de cas de même nature, et en divisant le total par le nombre même de ces cas. Terme-moyen veut-il dire ici terme ordinaire, comme dans le langage vague et inexact des gens du monde? Voilà donc encore un mot qui, prétentieusement, semble dire plus qu'il ne dit réellement, et qui n'est pas employé par M. Bouillaud avec plus d'à-propos et de précision que les grands mots de *loi*, et de *rapport précis*. Au surplus, dût-on laisser de côté cette objection qui ne touche qu'à la forme, l'assertion restera toujours fausse quant au fond, ainsi que nous allons le voir.

Secondement, en effet, c'est de la part de M. Bouillaud une supposition imaginaire, que de porter jusqu'à six et huit septénaires la durée ordinaire et naturelle du rhumatisme articulaire aigu général. Ceux de nos lecteurs (et ils sont, sans doute, en petit nombre) qui, encore trop neufs en érudition ou en clinique, n'auraient pas eux-mêmes senti la singularité et l'inanité de cette supposition, ont été éclairés là-dessus par nous (*même article*, sect. II, §. VIII) à l'aide de textes formels. Il y a vingt-trois ans, encore un coup, que M. Chomel écrivait, dans sa thèse inaugurale, que « la durée du rhumatisme » aigu, quand il est intense, s'étend RAREMENT au » delà du DEUXIÈME OU TROISIÈME septénaire. » Et

ce qu'il y a de bizarre, c'est que M. Bouillaud répète textuellement, en note, au bas de la page 174, cette phrase qui le contredit si positivement. Certes, il faut qu'il ait été bien plein et bien préoccupé de ses propres idées, pour que ses yeux ne se dessillassent pas devant la vérité, qu'il a lue et citée sans la voir.

Troisièmement, enfin, et c'est là l'objection capitale, M. Bouillaud n'est pas d'accord avec les faits qu'il rapporte, en affirmant que, sous sa direction, la durée du rhumatisme est, terme moyen, d'un à deux septénaires seulement. Que voyons-nous, en effet, dans le relevé des trente-trois cas traités par lui, même en ne comptant la durée qu'à dater de l'entrée du malade à l'hôpital? C'est que six cas seulement n'ont pas dépassé quatorze jours. Que sera-ce donc, si nous supputons la durée à dater de l'invasion, c'est-à-dire, la durée totale et vraie de la maladie? Hé bien! sur les vingt-et-un cas dans lesquels cette durée totale est connue, deux fois seulement la guérison a eu lieu vers la fin du deuxième septénaire, quinze fois elle a dépassé le troisième septénaire, et, de ces quinze fois, il y en a sept où le sixième septénaire a été atteint ou dépassé. Ainsi, nous ne concevons vraiment pas comment, avec de telles observations par devers lui, M. Bouillaud s'est laissé aller à la conclusion qu'il proclame. Avec son ardente prévention pour les saignées coup sur coup, même en retranchant de la maladie les jours qui ont précédé l'entrée à l'hôpital, il est lui-même forcé par l'arithmétique de poser 19 jours comme durée moyenne sur le tableau statistique des 16 cas de 1834 (p. 147); et c'est avec ce ta-

bleau devant les yeux qu'il conclut que la durée de la maladie est, terme moyen, de sept à quatorze jours. Y eut-il jamais moins d'harmonie entre une conclusion et les prémisses?

Terminons, maintenant, l'appréciation de la méthode thérapeutique de M. Bouillaud. Nous voyons que la durée moyenne de la maladie, à dater de l'invasion jusqu'à la guérison, a été de 28 jours $\frac{5}{8}$, si nous faisons notre calcul sur les seize cas du tableau statistique de 1834; ou, (ce qui revient à peu près au même), de 27 jours $\frac{8}{21}$, si nous supputons d'après les vingt et un cas, dont la durée totale est connue dans le relevé que nous avons fait ci-dessus. Nous avons déjà dit, dans le précédent alinéa, que sur ces vingt-et-un cas, la terminaison avait dépassé le troisième septénaire quinze fois, c'est-à-dire, dans plus des deux tiers des cas. Hé bien! je conclus de là que la durée de la maladie a été plutôt prolongée que raccourcie par cette large soustraction de sang, dont la dose moyenne est évaluée par M. Bouillaud à environ quatre ou cinq livres, et qui va quelquefois jusqu'à huit livres. Car, répétons encore ce que M. Chomel disait il y a vingt-trois ans: « La durée du rhumatisme articulaire aigu s'étend » rarement au-delà du troisième septénaire. » Et, cet hiver encore, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, la durée moyenne des cas de cette maladie a été (à dater de l'invasion, bien entendu) de 16 jours $\frac{1}{4}$ seulement, à l'aide de saignées modérées, dont la dose moyenne a été d'environ deux livres et demie (Grisolle, *Compte rendu* déjà cité).

Ainsi donc, ce ne serait point une accusation par

trop téméraire ni par trop invraisemblable, que d'imputer aux saignées répétées coup sur coup la prolongation de la maladie au-delà de son terme naturel, à raison de cette énorme déperdition de sang qui ôte à la nature les forces nécessaires pour opérer la résolution, et qui me paraît aussi amener ces bruits de soufflet, de scie et de lime, plus probablement dus à l'état d'anémie générale, qu'à l'existence problématique d'une endocardite.

La première publication de M. Bouillaud sur le traitement par les saignées coup sur coup ne date que de 1834 (*Journal hebdomadaire*, n° du 25 janvier). Il paraît que, déjà avant lui, M. le docteur Piorry avait eu l'idée de *juguler* le rhumatisme articulaire aigu par la répétition combinée des saignées générales et locales ; et il y avait même réussi, à ce qu'il assure dans un mémoire donné, en 1833, au *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* (t. Ier.) En effet, ce mémoire contient les observations de quatorze cas qui avaient depuis trois jusqu'à quatre-vingt-dix jours de date lors de l'entrée à l'hôpital, et qui, tous, guérirent en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Or, voici quel était le traitement. Larges saignées, portées quelquefois jusqu'à trente onces, jusqu'à deux livres : le malade était saigné debout ; dès qu'il se trouvait mal, on lui fermait aussitôt la veine, et on le couchait : si les douleurs, d'abord calmées ou disparues, survenaient de nouveau, on réitérait la phlébotomie. En même temps, application de sangsues sur les articulations rhumatisées, que l'on avait bien soin de tenir dans une position élevée. De plus, eau à haute

dose, sous forme de boissons ou de lavemens : un verre de tisane tous les quarts d'heure, ou toutes les demi-heures ; quatre lavemens par jour. Certes, c'était quelque chose de bien extraordinaire qu'une réussite constante dans quatorze cas, sans aucune exception. Ne devait-il pas sembler que la méthode *jugulante* était enfin découverte? Rendons hommage à la modeste réserve que M. Piorry montra, même après ces quatorze triomphes, si propres à éblouir un esprit moins solide et moins sage. «J'avoue,» dit-il, » que je me défie encore de semblables succès, » et qu'il est à souhaiter que de nouveaux faits vien- » nent appuyer ceux-ci. Il est de ces heureux ha- » sards de pratique, de ces circonstances peut-être » épidémiques, qui font qu'on réussit aujourd'hui » dans dix cas, tandis que demain on échouera par » les mêmes moyens dans dix autres cas qui de prime- » abord paraîtront semblables. » Cette réflexion était fort sensée ; et il est évident que l'événement a dû l'avoir justifiée. Les revers du lendemain auront montré que les triomphes de la veille n'avaient été, effectivement, qu'un bonheur fortuit. Autrement, si depuis trois ans le traitement de M. Piorry eût toujours opéré les mêmes merveilles, cet habile observateur n'aurait pas manqué d'en informer le monde médical, et de s'en glorifier à très bon droit.

Ainsi donc, en définitive, les saignées, à quelque dose et de quelque façon qu'on les emploie, sont incapables d'arrêter sûrement et constamment la marche du rhumatisme articulaire aigu fébrile. Et voilà justement pourquoi les médecins ont eu recours, comme nous allons le voir dans les paragra-

phes suivans, à tant d'autres médications diverses, dont quelques-unes sont même en complète opposition avec la médication antiphlogistique proprement dite.

§ IV. — Sudorifiques.

Dans l'espérance d'éliminer la cause morbifique par la transpiration cutanée, on a employé les diaphorétiques et les sudorifiques sous toutes les formes. On a administré, à chaud et en abondance, des boissons délayantes, telles que les infusions, simples ou nitrées, de fleur de sureau, de violette, de bouillon blanc, de scordium, d'arnica, etc.; Barthez (t. Ier, p. 329) place même, assez gratuitement, les fleurs d'arnica au rang des spécifiques. Toujours est-il que les boissons de cette sorte, ainsi administrées, ne manquent jamais de provoquer les sueurs, sinon par une vertu spéciale, du moins par la grande quantité d'eau chaude qu'elles introduisent dans l'économie. C'est, sans doute, dans le même but que Cadet de Veaux conseillait simplement comme méthode perturbatrice dans les attaques de goutte aiguë, de boire abondamment de l'eau très chaude; quarante-huit verres de six onces, par exemple, sans désemparer. Il le voulait, mais cela a-t-il jamais été exécuté? Etait-ce exécutable?

Comme remèdes plus praticables que l'emploi de l'eau chaude à si haute dose, et plus aptes que les diaphorétiques indigènes à remplir efficacement l'indication supposée, on a employé le gaïac, la salsepareille, la squine, et le sassafras, ces végétaux exotiques qui passent pour posséder par excellence la

vertu sudorifique. Huxham (*De aere et morbis epidemicis*. Ann. 1737, dec.) a beaucoup loué (1), à titre de médicament sudorifique, un vin stibié, préparé en faisant infuser dans du vin blanc le *verre d'antimoine* pulvérisé : il ne donnait, bien entendu, qu'à la faible dose de vingt à trente gouttes cette préparation aujourd'hui inusitée : car, à plus forte dose, c'était un éméto-cathartique.

Quant à nous, nous pensons que l'emploi des sudorifiques est évidemment contre-indiqué dans le début du rhumatisme articulaire aigu : car alors la nature elle-même, sans être provoquée par l'art, maintient presque constamment le malade dans un état de transpiration excessive. Or, comme nous l'avons dit plus haut, ces sueurs abondantes n'abrègent pas du tout la durée de la maladie. Et combien d'inconvéniens n'entraînent-elles pas après elles ? Loin de chercher à les augmenter encore, mieux vaudrait, si cela pouvait se faire sans danger, les entraver et les supprimer.

§ V. — Opiacés.

Les préparations opiacées ont été employées, à titre de médicament tout à la fois sudorifique et anodin. Rien, en effet, n'est plus favorable à la production de la sueur que le sommeil : dans certaines maladies, on ne sue que tant qu'on est endormi, et la peau reste sèche et aride pendant toute la durée

(1) « Nihil tamen inveni præstantius, » dit Huxham..... « nihil melius, nihil tutius, nihil efficacius. »

de l'état de veille. La poudre de Dover (1), ce médicament composé qui a obtenu tant de célébrité et de vogue, n'agit guère que par son opium. Hé bien ! l'opium est loin d'être constamment avantageux à employer contre les vives douleurs du rhumatisme articulaire aigu fébrile. Certains arthritiques qui n'ont pas encore fait l'expérience de ce médicament, le désirent à toute force : mais ils sont bientôt désabusés. Car les mouvemens qu'on ne peut s'empêcher de faire en dormant, sont alors si douloureux et réveillent si cruellement qu'on finit par préférer l'insomnie.

Sydenham (c. *Rheumat.*), Cullen (*First lines* etc. Of the Rheumatism, n. 468), De Mertens (*Loc. cit.*), Quarin (*Meth. medend. inflammat.*, de Rheumatismo, p. 221), Van Swieten (*Commentar.*, t. V, p. 668), et beaucoup d'autres observateurs ont signalé les mauvais effets de la médication narcotique dans le rhumatisme articulaire aigu, et l'ont absolument proscrite. Storck a été moins exclusif : dans l'épidémie qu'il a décrite, il employa avec avantage les parégoriques le matin seulement,

(1) Voici la formule :

Ipécacuanha } ãã. . . . . 1 partie.
Opium }
Sulfate de potasse. . . . 7 parties.

Cette poudre s'administre, en général, à la dose de cinq à vingt grains, de manière à donner depuis environ un demi-grain jusqu'à deux grains d'opium. Or, qu'est-ce que l'ipécacuanha, qui se trouve en même quantité que l'opium, peut produire à si faible dose? Quant au sulfate de potasse, il est là à peu près nul.

mais non pas le soir. « Beaucoup de malades, » dit-il, « étaient privés de sommeil, et se trouvaient par là » même fort abattus : c'est pourquoi, dans la matinée, » lors de la rémission des douleurs, il était conve- » nable de leur administrer un parégorique : car » ils obtenaient ainsi un sommeil tranquille et répa- » rateur, et redevenaient plus capables de soutenir » les douleurs du soir. Le parégorique donné le » soir, pendant l'exacerbation des douleurs et de la » fièvre, eut toujours un mauvais résultat : les ma- » lades dormaient très mal, déliraient, étaient en » proie à une insomnie cruelle, souvent ils se ré- » veillaient en sursaut, et ils étaient extrêmement » fatigués de ce sommeil forcé, et durant toute la » journée du lendemain ils étaient comme dans un » état de coma et de *subdelirium*, avec le pouls fré- » quent, inégal et serré » (*Loc. citat.*). Barthez (*Mal. goutt.*, t. Ier, p. 335) assure avoir obtenu les effets les plus heureux de l'opium joint au camphre, dans les *temps avancés* du rhumatisme aigu. Nous pensons, en effet, que lorsque la fièvre rhumatismale a perdu sa première intensité, ou bien lorsque le rhumatisme aigu est primitivement apyrétique, les narcotiques tels que la jusquiame, la belladone, la ciguë tant préconisée par Storck, l'aconit que Barthez décore aussi du titre de spécifique, et surtout l'opium, ce prince des narcotiques, peuvent être administrés avec succès par un praticien qui sait manier à propos ces remèdes. Car, c'est avec autant de vérité que d'énergie que Wedel s'écrie dans son Opiologie : « *Sacra vitæ anchora est opium benè et* » *circumspectè agentibus, cymba autem Charontis*

» *in manu imperiti, et ceu gladius in manu furiosi.* » *Cavendum ergo, ne* ναρκωτικὰ *fiant* νεκρωτικά » (lib. II, sect. III, cap. III).

§ VI. — Purgatifs.

Quelle opinion avoir de l'usage des purgatifs? Quelques médecins y ont eu recours jusqu'à l'abus, afin de poursuivre à outrance et d'expulser de prétendues humeurs peccantes. Sans doute, il faut le dire, cette médication a eu quelquefois, elle aussi, de brillans succès à prôner : quelle médication n'a pas les siens, de loin à loin? Ainsi, par exemple, Bayr, cité avec complaisance par Morgagni (Ep. LVII. 6) en l'honneur des purgatifs, rapporte que, après avoir été lui-même atteint, huit ou dix fois, de douleurs arthritiques telles qu'il ne pouvait remuer que la langue, il eut, à une récidive nouvelle, l'idée de se purger, put marcher après la purgation, et fut tout-à-fait libre le lendemain; qu'il fit encore deux fois sur lui la même expérience; que dès lors il s'imposa pour règle de se purger, trois à quatre fois par an, aux époques où il apercevait en lui quelques signes de pléthore; et qu'en suivant cette pratique il était devenu exempt de douleurs articulaires depuis plus de vingt-six ans : il affirme, de plus, avoir obtenu les mêmes résultats sur un grand nombre de personnes. Mais, en vérité, on ne peut se rendre raison de cela qu'en invoquant un heureux hasard comme à l'égard de ces quatorze cas de M. Piorry, tous *jugulés* par les saignées : il faut encore ici en appeler à un concours fortuit d'idiosyncrasies, ou à l'influence occulte de quelque constitution médicale. Car, en

général, les purgatifs les plus héroïques, tous ces drastiques tant vantés par un grossier humorisme, n'ont que très rarement des effets avantageux, et peuvent, au contraire, faire beaucoup de mal.

Il est vrai de dire, toutefois, qu'un médecin peut se décider à purger un arthritique en vue d'une indication positive, c'est-à-dire, afin de tenir le ventre libre, et de combattre la constipation, résultat assez ordinaire de l'abondance des sueurs; si, dans ce but, on administre des laxatifs, ou des minoratifs, comme le petit-lait tartarisé, l'huile de ricin, la pulpe de tamarin, le carbonate de magnésie, etc., il n'y a pas du tout à craindre d'appeler par révulsion le principe rhumatismal sur les fibres des intestins: une telle crainte doit être reléguée parmi les chimères. Autrefois, on donnait toujours la préférence sur les lavemens à l'usage des laxatifs pris par en haut; car, pour administrer ceux-là, on ne connaissait d'autre instrument que la seringue, et le malade ne pouvait donc les recevoir sans se déranger beaucoup, ce qui est une considération capitale en cas de rhumatisme. Mais aujourd'hui, grâce aux clysoirs et autres inventions *confortables* de l'industrie moderne, on peut introduire dans le rectum telle quantité de liquide qu'il convient en ne troublant que très peu l'immobilité du malade.

Parmi les purgatifs qui ont eu, à la fin du siècle dernier et au commencement du siècle actuel, le plus de réputation contre le rhumatisme articulaire aigu, nous citerons le rob de sureau. C'est Quarin, qui, à ce qu'il paraît, le mit en vogue. « Je n'ai pas

» trouvé, » dit-il, » dans les affections rhumatis-
» males, de remède plus puissant que le rob de
» sureau, qui, à la dose de trois ou quatre onces
» par jour, résout les humeurs sans accroissement
» d'agitation, et pousse à la diaphorèse, et à l'ex-
» crétion alvine. » (Quarin, *Loc. citat.*, p. 219.)

Le rob de sureau fut donc quelque temps préconisé surtout à double titre de laxatif et de sudorifique. Sans aucun doute, il tient le ventre libre; mais il ne fait pas suer infailliblement. Ce qu'il y a de bien évident, c'est qu'il n'a pas pu faire merveille contre le rhumatisme et la goutte, puisqu'il est enfin tombé dans un complet abandon.

Les Anglais ont beaucoup exalté l'emploi du calomel (proto-chlorure de mercure), cette panacée de la tourbe médicale de l'empire britannique. Si ce sel mercuriel n'est administré qu'à petites doses dans le seul but de tenir le ventre libre, nous ne saurions en désapprouver l'usage. Mais, si l'on pousse les doses, comme l'ont fait tant de médecins de par-delà la Manche, et quelques-uns même d'en-deçà, jusqu'à exciter le ptyalisme, nous considérons, à part nous, une pareille conduite moins comme une médication héroïque qui serait justifiée par son efficacité, que comme un trait blâmable d'aveugle et impuissant empirisme. En Angleterre même, les médecins éclairés et sages, qui ne sont là ni plus ni moins rares qu'ailleurs, pensent ainsi : nous citerons, entre autres, Scudamore dans son Traité sur le Rhumatisme.

C'est aussi en Angleterre, et à date encore récente, qu'ont retenti les premiers et les plus magnifiques

éloges des préparations de colchique, remède auquel on a attribué, indépendamment de la propriété purgative, une sorte de vertu spécifique contre le rhumatisme articulaire et la goutte. L'emploi de ce remède s'est même, à ce qu'il paraît, établi et consacré dans le grand hôpital de Westminster, où l'on en observe, dit-on, de très heureux effets (*The London medical Gazette*, 1834). Dans l'*Osservatore medico*, excellent répertoire de faits pratiques, publié à Naples par mon savant confrère et ami le docteur Magliari, on voit également que le professeur Luigi Marchesani, médecin de l'hôpital *degl' Incurabili*, a obtenu de remarquables succès avec le vin de colchique. Mais, en France, l'expérience n'a pas été favorable à la réputation du colchique. M. Chomel, pour sa part, a une fois employé la teinture de colchique dans un cas de rhumatisme articulaire aigu général : tant que durèrent les phénomènes de superpurgation, les symptômes rhumatismaux furent arrêtés et suspendus; puis, la révulsion intestinale à peine cessée, la maladie continua sa marche accoutumée. Bref, le colchique nous paraît aussi devoir être tenu pour médicament infidèle.

§ VII. — Arsenic.

Fowler, médecin anglais, a recommandé, contre les affections rhumatismales et arthritiques, les préparations arsénicales, et notamment la solution aqueuse d'arsenite de potasse avec addition d'une certaine dose de l'alcoholat de mélisse composé : telle est en effet la liqueur assez improprement

nommée *Teinture minérale de Fowler*. Mais ce même remède, il l'a aussi recommandé contre les fièvres intermittentes, contre les maladies de la peau. En vérité, ce médecin a pour l'arsenic une sorte de tendresse paternelle, qui doit nous être extrêmement suspecte. D'après ses pressantes exhortations, quelques praticiens, sans doute, auront accueilli et expérimenté sa liqueur : pour notre compte, nous avançons n'avoir pas osé venir en second pour répéter cette expérience non moins périlleuse qu'incertaine; mais tous n'auront pas été aussi timorés que nous. Eh bien! aucune voix ne s'est élevée pour rendre témoignage à celle de Fowler. Ni sur les grands théâtres d'observation médicale, ni dans les coins les plus obscurs du monde savant, il n'a paru, que nous sachions, un autre panégyriste des vertus anti-arthritiques de l'arsenic.

§ VIII. —Quinquina.

Morton, qui le premier, à ce qu'il paraît, a reconnu les fièvres intermittentes larvées, plaçait dans cette catégorie, et traitait en conséquence par le quinquina, certains rhumatismes aigus à intermissions bien marquées et à redoublemens périodiques. (*Pyretologia*, Exerc. 1, ch. 9, *De proteiformi febris intermittentis genio*.--Voir aussi Exerc. 2, c. 9, *De proteif. feb. continentis gen.*). Mais répétons ici la remarque que M. Chomel a faite dans sa *Thèse* (p. 75) à l'égard des observations de Morton. « On voit, » dit-il, « dans trois de ses observations, la fièvre et » les douleurs disparaître simultanément après l'administration du quinquina : dans la quatrième, au

» contraire, la fièvre intermittente cessa de suite, et » le rhumatisme persista et diminua peu à peu. » Dans les premières, il y avait seulement douleur; » et, de plus, dans la dernière, gonflement, chaleur » et rougeur. Je pense que dans les unes les douleurs » n'étaient que symptomatiques, tandis que, dans » l'autre seulement, il y avait réellement complica- » tion d'une fièvre périodique et d'un rhumatisme. » Le traitement peut, dans des cas semblables, four- » nir un moyen certain de reconnaître le genre de la » maladie. »

D'autres médecins, depuis Morton, n'ont pas seulement appliqué l'emploi du quinquina aux cas de rhumatisme qui pouvaient être considérés comme des fièvres larvées, mais ils en ont généralisé l'indication indistinctement pour tous les cas de rhumatisme articulaire aigu, à raison de la succession de paroxysmes et de rémissions que cette affection présente constamment dans son cours, et que Sydenham, avons-nous dit, comparait à une chaîne d'anneaux inégaux. Le docteur Held, dans les *Ephémérides des Curieux de la nature* (année 1714), avait déjà proclamé, il y a environ un siècle, la prétendue vertu anti-arthritique du quinquina. Mais c'est surtout dans les premières années de notre siècle que ce médicament a été préconisé comme un spécifique du rhumatisme articulaire et de la goutte aiguë par le portugais Tavarès et, d'après le mémoire de celui-ci, par notre compatriote Alphonse Leroy (*Manuel des goutteux et des rhumatisans*), par l'italien Giannini (*Sulla natura delle febbri*, ch. 8), et par l'anglais Haygarth (*A Clinical history of the*

acute rheumatism). Ce dernier va même jusqu'à terminer le panégyrique de l'écorce du Pérou par ces mots : « Excepté le mercure dans la syphilis, et le » quinquina même dans la fièvre intermittente, il y » a peu de cas où un remède produise un soulage- » ment si prompt et un rétablissement si parfait dans » une maladie si formidable. » Et cette conclusion, Haygarth l'a fait précéder, sachons-le bien, par une masse imposante d'observations. Oh ! quelle profondeur dans le mot d'Hippocrate ! Oui, cent fois oui, *l'expérience est trompeuse*; oui, pour en contrôler les résultats, et les apprécier à leur juste valeur, *le jugement est difficile*.

En Angleterre, maintenant, on est bien revenu de l'enthousiasme de Haygarth : témoin les traités de Scudamore et de Johnson sur le rhumatisme. Cependant il paraît que, par un reste d'ancienne faveur, le quinquina y est encore assez souvent employé contre le rhumatisme articulaire aigu, surtout en cas de débilité; et notamment cette pratique subsiste à l'hôpital de Westminster (*The London Medical Gazette*, 1834).

Nous pensons, nous, que le quinquina, à raison même de ses vertus toniques et excitantes, est plutôt contre-indiqué dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile, hormis quelques cas dans lesquels un état extrême de faiblesse ou une intermission véritablement périodique des douleurs en présenteraient l'indication formelle et évidente. C'était par une analogie forcée entre la fièvre intermittente et la fièvre rhumatismale, laquelle, est, en général, continue avec de simples alternatives de rémissions et de re-

doublemens; c'était, par conséquent, d'après une vue fausse qu'on avait été conduit à administrer le quinquina, à titre d'anti-périodique, contre le rhumatisme articulaire aigu : il était naturel que cette indication prétendue ne fût pas justifiée par l'observation consciencieuse et sévère des faits. L'écorce du Pérou ne manifeste de vertu anti-périodique que contre les fièvres intermittentes, franches ou même larvées, en un mot, contre les affections à type quotidien, tierce ou quarte. Mais si une maladie a dix accès en un jour, il ne faut guère compter sur les préparations de quinquina. Les auteurs citent bon nombre de névralgies à type de fièvre intermittente, parfaitement guéries par le quinquina; mais pour celles où les intervalles de repos et les recrudescences se succèdent vingt fois, cent fois, mille fois par jour, il n'en est plus de même. Le quinquina ne prévient pas non plus le retour des accès d'hystérie. Eh bien! dans le rhumatisme articulaire aigu, trouve-t-on rien qui ressemble au type quotidien, tierce, ou quarte, d'une fièvre intermittente? Non certes. On n'était donc pas même fondé à présumer *à priori* que le quinquina pût être efficace contre cette maladie; et aujourd'hui nous ne savons que trop bien *à posteriori* qu'il ne l'est point du tout.

§ IX. — Digitale.

Il s'est trouvé des médecins qui ont aussi vanté comme anti-arthritique la digitale pourprée, ce médicament si précieux par l'influence bien réelle et bien incontestable qu'il exerce sur la circulation. Mais

à quoi sert, dans le rhumatisme articulaire aigu, de ralentir le pouls? Les douleurs n'en conservent pas moins toute leur intensité: car l'accélération de la circulation n'est pas le mal à combattre ; ce n'est qu'un symptôme, et un symptôme fort médiat. Aussi la digitale a-t-elle été abandonnée à cet égard, comme tant d'autres médicamens qui précèdent ou qui suivent.

§ X. — Antimoniaux.

Il y a déjà longues années que l'emploi du tartre stibié à petite dose, en qualité d'émétique, est banni, dans la médecine française, du traitement des affections rhumatismales, comme de tant d'autres, depuis le discrédit où est tombée la polycholie de Stoll. Et, pour notre part, nous n'avons ici aucune raison de regretter qu'il en soit ainsi. Car, sans être des adversaires outrés et systématiques de la médication vomitive, nous ne pensons pas que cette médication eût été si dédaigneusement abandonnée, si, pendant la longue vogue dont elle a joui, elle eût déployé une évidente efficacité. Elle peut, sans doute, être indiquée dans quelques cas de rhumatisme articulaire aigu, dans lesquels la coïncidence d'un état bilieux est manifeste : mais, à coup sûr, elle ne doit pas être admise comme élément principal dans le traitement général de la maladie.

La puissance curative que le double sel d'antimoine et de potasse ne possède pas à petite dose, et comme vomitif, la possède-t-il, pris à haute dose, et comme controstimulant, d'après les idées de Rasori? Laennec, de si glorieuse mémoire et de si im-

posante autorité, se fit, en France, le patron de la doctrine italienne, notamment à l'égard du rhumatisme articulaire aigu. Mais, malgré le respect que nous portons à ce grand médecin, l'intérêt puissant de l'art nous oblige à dire toute la vérité sur ce que nous pensons de lui. Laennec fut grand comme anatomiste et pathologiste; il excella dans l'examen et la description des altérations morbides des organes, dans l'analyse des symptômes correspondans à telle ou telle lésion organique. Mais, comme thérapeutiste, il peut à bon droit être taxé de légèreté. Voici, à l'appui de cette assertion, une anecdote curieuse dont M. Chomel garantit l'exacte vérité. Lorsque M. Landré-Beauvais, alors doyen de la Faculté, remit à Laennec le service de clinique dont il s'était chargé en remplacement de celui-ci, il y avait, entre autres malades, un rhumatisant retenu au lit depuis plus d'un mois. En voyant ce malade, Laennec s'écria aussitôt: « Si on l'eût traité par l'émétique, il aurait » été certainement guéri en quinze jours. » Hé bien! on lui montra, dans la même salle, des rhumatisans qu'il avait commencé à traiter par l'émétique, il y avait six semaines, avant de quitter le service, et qui n'étaient pas encore guéris. Il fut un peu interdit, en présence, pour ainsi dire, d'une si insurmontable objection : mais, pour ne pas rester tout-à-fait court, il balbutia la phrase banale et facile de cas exceptionnels. Toutefois, plus tard, convaincu par les nombreux insuccès de sa propre pratique, il convint de bonne foi que le tartre stibié n'est d'aucune utilité contre le rhumatisme. M. Chomel, de son côté, a expérimenté cette médication, et n'a pas

eu à s'en louer. On doit encore, à ce sujet, consulter l'excellent Mémoire de Dance, judicieux et sévère observateur, prématurément enlevé à la science et à un avenir de gloire par le choléra de 1832. Ce Mémoire, fondé sur vingt observations bien recueillies et bien pesées, ne peut laisser de doute sur l'inefficacité du tartre stibié à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu.

On a aussi proposé et vanté d'autres préparations antimoniales, et particulièrement l'oxide blanc d'antimoine. Il y a de nombreux faits de guérison, et de guérison rapide, par le seul usage de ce médicament. Nous avons cité ailleurs le succès ainsi obtenu par M. le docteur Baudelocque. L'oxide blanc d'antimoine n'a pas, comme le tartre stibié, l'inconvénient de déterminer quelquefois des vomissemens ou des superpurgations. C'est bien un controstimulant par excellence, si controstimulisme y a; car, s'il opère des guérisons, c'est sans produire aucun phénomène de dérivation ou de révulsion. Mais il est fort possible qu'il n'ait au fond aucune espèce de vertu, et que les guérisons qu'on lui attribue ne soient dues qu'à la seule expectation. Ce qui ne permet guère de penser autrement, c'est que M. Chomel a administré l'oxide blanc d'antimoine à des convalescens jusqu'à la dose énorme d'une once par jour, et que ces individus n'en ont pas éprouvé la moindre modification dans leurs digestions, qui n'en ont été ni meilleures ni pires qu'auparavant.

§ XI. — Frictions mercurielles.

Le docteur Trousseau a vanté, dans le journal

dont il est un des fondateurs (*Journ. des Conn. Médico-Chir.* t. Ier, p. 75), l'emploi des frictions mercurielles d'après la prescription quotidienne que voici : *Onguent napolitain double, deux onces*, pour quatre frictions par jour, d'un quart d'heure chacune, à faire sur le ventre. Il rapporte, à l'appui de cette méthode, deux cas de rhumatisme articulaire aigu, qu'il a ainsi traités, en 1833, dans le service de l'Hôtel-Dieu, et qui ont été complétement guéris, l'un au douzième jour depuis l'invasion, neuvième du traitement, l'autre au onzième jour depuis l'invasion, cinquième du traitement. Mais, encore un coup, deux cas ne pouvaient, à eux seuls, légitimer une induction. Depuis, le silence même de M. Trousseau à cet égard a bien dû faire voir que l'hydrargyrose n'avait pas constamment donné de pareils résultats. Nous avons eu, à la Clinique, un exemple de l'inefficacité de cette médication, à laquelle le malade avait commencé d'être soumis avant son entrée, et que M. Chomel continua, sans obtenir aucun amendement, jusqu'à l'apparition du ptyalisme. Voici le fait.

XVIIe OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire aigu fébrile. Causes inconnues. Première attaque, à 25 ans. Plusieurs jours auparavant, douleurs vagues tant dans les muscles que dans les articulations. Emploi des FRICTIONS MERCURIELLES avant l'entrée du malade à la Clinique : continuation du même moyen, à la Clinique, jusqu'aux premiers indices de salivation. Nulle influence apparente des frictions. Recrudescence des douleurs articulaires, qui s'étaient apaisées à la suite d'une dyssenterie. Guérison par pure expectation, après une quinzaine de jours. Durée totale : six semaines.

Le 20 février 1834, entre à la Clinique, salle Ste-

Madeleine, n. 29, Michel Lucien, âgé de 21 ans, gantier à Paris depuis trois ans, doué d'une assez forte constitution et d'une santé habituellement bonne. Il ne peut rien dire de positif sur ses parens; il croit seulement se rappeler que sa mère a succombé à la gravelle. Il ne se livre à aucun excès, il n'a jamais eu de maladie vénérienne. Il couche dans une chambre assez sèche, mais la rue est humide; il travaille dans un atelier vaste et parqueté.

Depuis un mois, il a éprouvé des douleurs vagues dans la tête, le cou, les cuisses, les jambes, les doigts et les reins : tantôt les articulations étaient prises, tantôt la région moyenne des membres : ces douleurs étaient tantôt précédées, tantôt suivies de frissons : il perdait l'appétit et le sommeil de temps en temps; il continuait néanmoins à travailler.

Le vendredi, 14 février, il a ressenti dans les régions fémoro-périnéales de l'un et l'autre côté des douleurs assez vives qui l'ont empêché de marcher : ces douleurs se prolongeaient jusque dans les bourses, et obligeaient le malade à soulever ces parties avec la main s'il voulait faire un pas. Le lendemain, 15, il se sentait mieux; mais le soir, après son dîner, il fut pris de frisson, et le vin chaud et sucré qu'il avala ne l'en délivra point. Il se coucha à onze heures; peu de sommeil durant la nuit. Le lendemain matin, 16 février, lumbago : bientôt après, déplacement de la douleur, qui des lombes se porte sur les deux genoux. Le lendemain, 17, les deux pieds étaient pris. Le 18, saignée; persistance de la douleur dans les genoux et les pieds; de plus, le coude droit est devenu douloureux. Le 19, le coude gauche,

et dans la nuit les deux poignets et les épaules sont le siége de la douleur rhumatismale. On lui avait fait, le 18, des frictions avec une demi-once d'onguent napolitain : le 19, on les avait répétées deux fois, avec une demi-once d'onguent chaque fois, sans qu'il y eût salivation. C'est le 20, comme nous l'avons dit, que le malade entra à la Clinique.

Le 21 février, au moment de la visite, douleurs dans les doigts avec gonflement et rougeur, d'une façon plus marquée à gauche qu'à droite; les poignets, les coudes, et les épaules, surtout à gauche, sont le siége d'un gonflement sans rougeur manifeste : les articulations des pieds, des genoux et des cuisses ne peuvent exécuter de mouvement sans douleur, et le malade y ressent une raideur importune; chaleur élevée et halitueuse : pouls fréquent (80), et large; appétit nul; point de nausées : pas de selles depuis le 19 : urine très rouge et très chargée : insomnie; soif vive. (Prescription: *Saignée de douze onces; frictions avec une demi-once d'onguent mercuriel sur les articulations les plus douloureuses; chiendent miellé nitré; petit-lait*; *lavemens; cataplasmes émolliens.*) Le sang tiré de la veine fut couenneux.

Le 22, même état : même prescription, excepté la saignée.

Le 23, le malade peut se servir du bras droit; mais, en revanche, la hanche droite, et les articulations des deux jambes et des deux pieds sont plus douloureuses que la veille; le membre supérieur gauche est partout douloureux. Même prescription.

Le 24, même état : même prescription.

Le 25, pouls fort, vibrant et dur; chaleur sans sueur; insomnie; coliques atroces; selles continuelles et peu abondantes avec épreintes pendant la nuit précédente : langue un peu rouge, soif vive : les pieds et les mains sont un peu moins douloureux; cependant, la jambe droite, à sa partie supérieure, ainsi que la cuisse, est beaucoup plus douloureuse; épaules et coudes un peu raides, mais non douloureux. (Prescription : *comme précédemment, plus, lavement de lin avec dix gouttes de laudanum de Sydenham, et cataplasmes émolliens sur le ventre; diète absolue.*)

Le 26, peu de sommeil : agitation continuelle, soif modérée; bouche un peu sèche; pouls fort; peau très chaude; pas de sueur; toutes les articulations des membres sont prises; le malade ne peut remuer sans d'horribles douleurs; selles extrêmement nombreuses et un peu sanguinolentes. (Prescription : *Dix-huit sangsues à l'anus; eau de riz avec sirop de gomme; demi-lavement de lin avec douze gouttes de laudanum; frictions mercurielles; diète.*)

Le 27, le malade n'a maintenant que peu d'évacuations alvines : les coliques sont presque entièrement apaisées; sommeil assez bon; pas de sueur; soif vive; retour de l'appétit; pouls encore fréquent et développé; urines un peu rouges; les douleurs articulaires sont un peu moins fortes; cependant le malade n'ose pas encore bouger : commencement de ptyalisme; abondance de crachats venus de l'arrière-bouche, mais les gencives ne sont pas encore gonflées. (Prescription : *ut suprà, excepté les sangsues et les frictions mercurielles.*)

Le 3 mars, les douleurs articulaires qui commençaient à s'apaiser, reparaissent avec autant d'intensité qu'auparavant.

Jusqu'au 9 mars, à peu près même état. Depuis lors, amélioration progressive.

Le 14, il n'y a plus que de la raideur sans douleur dans les articulations; le malade essaie de se lever; il est excessivement faible.

A dater du 22 mars, il peut se lever trois ou quatre heures par jour.

Le 28, *exeat*.

Ainsi donc, nous sommes autorisés à considérer les frictions mercurielles comme entièrement dépourvues d'efficacité contre le rhumatisme articulaire aigu : mais, eussent-elles quelque valeur réelle dans certains cas, nous hésiterions encore à les prescrire, dans la crainte de la salivation, qui, une fois produite par leur emploi, ne s'arrête pas toujours à volonté. Le mercure n'est pas un médicament assez innocent pour être inconsidérément administré contre une maladie telle que le rhumatisme articulaire aigu, qui, malgré ses horribles douleurs, n'est point, après tout, une maladie grave, et qui, dans la presque universalité des cas, parviendrait spontanément à la guérison tôt ou tard. N'oublions donc jamais cette parole d'Hippocrate : Ὠφελέειν, ἢ μὴ βλάπτειν. Si nous ne pouvons être utiles, au moins ne nuisons pas. Gardons-nous des remèdes dont les conséquences peuvent être pires que celles du mal même; et certes, ce n'est pas calomnier

le mercure que de l'envisager ainsi par rapport au rhumatisme aigu.

Remarquons, en finissant, que le mercure avait été déjà vanté anciennement : voyez, à ce sujet, Ettmüller (*Prax*. l. II, sect. II, ch. III, art. 8). Tant il est vrai que, en fait de thérapeutique, les novateurs, la plupart du temps, n'innovent réellement pas, mais ne font que renouveler des pratiques depuis long-temps condamnées à un juste oubli.

§ XII. — Emploi endermique des sels de morphine.

C'est M. le docteur Ant. Lembert, qui, le premier, conçut l'idée et essaya l'application de la méthode endermique (1) une des plus solides conquêtes de la médecine contemporaine, (et je suis heureux de lui en rendre ici témoignage, quand tant d'autres oublient de le faire). Entre autres expériences à l'appui de son utile innovation, il employa l'acétate de morphine sur la peau dénudée pour combattre les affections rhumatismales. Il a rapporté à ce sujet l'histoire de trois cas dans lesquels la guérison fut obtenue par ce moyen. (Voir l'*Essai* cité, p. 70-75.) Depuis M. Lembert, d'autres médecins ont renouvelé et publié des expériences semblables, et se sont faits les fauteurs ardens de l'administration endermique de l'acétate de morphine, ou d'autres sels narcotiques, contre le rhumatisme articulaire. M. Chomel

(1) *Essai sur la méthode endermique* : lu à l'Académie royale des sciences, le 25 septembre 1826. — Paris, 1828.

ne partage point un si aveugle et si exclusif enthousiasme pour cette médication ; il la considère même comme formellement contre-indiquée, tout aussi bien que les opiacés à l'intérieur, toutes les fois qu'il y a fièvre intense. Mais, dans le rhumatisme articulaire aigu partiel et apyrétique, et dans un rhumatisme articulaire général dont les douleurs se prolongent avec une acuité et une opiniâtreté hors de proportion avec l'appareil fébrile, nous pensons, d'après les observations faites à la clinique de l'Hôtel-Dieu, que les sels de morphine peuvent être endermiquement administrés avec opportunité et avec avantage, ainsi que nous avons déjà conseillé de le faire dans le rhumatisme musculaire. Nous citerons en preuve les deux cas suivans.

XVIIIe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire. Première attaque, à l'âge de trente-deux ans. Causes inconnues. Guérison au bout de trois semaines par la saignée, les sangsues, la poudre de Dover, et l'ADMINISTRATION ENDERMIQUE DU CHLORHYDRATE (HYDROCHLORATE) DE MORPHINE. Sang non couenneux. Efficacité évidente de l'emploi endermique du sel narcotique.

Chevalier, âgé de 32 ans, perruquier, entre à la clinique de l'Hôtel-Dien, salle Ste-Madeleine, n° 30, le 8 octobre 1834.

Il n'avait pas eu de rhumatisme jusqu'à sa maladie actuelle.

Sept jours avant son entrée à l'hôpital, son genou droit s'est rhumatisé, sans cause connue : ce rhumatisme a duré deux jours, puis ç'a été le tour de l'épaule et du poignet gauche.

(1) Recueillie par M. Requin.

Le 9 octobre, à l'heure de la visite, le poignet gauche et les articulations des doigts avec le métacarpe du même côté offrent tout à la fois rougeur, gonflèment et douleur; le coude du même côté est un peu douloureux. Insomnie, fièvre. (Prescription: *Saignée, quatre palettes; cataplasmes; chiendent; diète*). Le sang ne fut pas couenneux.

10 octobre. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont libres; le coude n'est plus douloureux. Le poignet seul demeure affecté. Bon sommeil, appétit. (Prescription: *Trente sangsues sur le poignet; cataplasme émollient; chiendent; deux soupes et deux potages*). Les sangsues étaient mauvaises, elles ne firent que piquer la peau, et tombèrent sans avoir tiré de sang.

11 octobre. Poignet toujours douloureux, mais déjà un peu moins que la veille. Bon sommeil, appétit. (Prescription: *Trente sangsues; le reste, ut suprà; quart de portion.*)

12 octobre. Mieux au poignet. Douleur nouvelle à l'épaule gauche. (Prescription: *Cataplasmes; chiendent; deux soupes et deux potages.*)

14 octobre. Poignet notablement soulagé. Épaule gauche tout-à-fait prise. Insomnie. Pouls un peu fréquent. (*Cataplasme; chiendent; dix grains de poudre de Dover en cinq doses; deux potages et deux soupes.*)

15 octobre. Même prescription.

16 octobre. Mieux. Le poignet n'est pas douloureux du tout; l'épaule n'est que peu douloureuse. Sommeil, fièvre nulle. (Prescription: *ut suprà; quart de portion.*)

18 octobre. Épaule toujours douloureuse au même degré. (*Quinze sangsues.*)

19 octobre. L'épaule est dégagée, et peut se remuer, quoique toujours un peu douloureuse.

26 octobre. La douleur de l'épaule est restée, tous ces jours, au même degré où elle avait été réduite depuis l'application des sangsues. (Prescription : *Un demi-grain de chlorhydrate de morphine appliqué par la méthode endermique sur l'épaule; cataplasme; chiendent; quart de portion.*)

27 octobre. Nulle douleur à l'épaule.

29 octobre. Légère douleur au coude et au poignet.

30 octobre. Même douleur au coude et au poignet; le sommeil a été empêché. (Prescript. : *Un quart de grain de chlorhydrate de morphine sur le coude, et un quart sur le poignet, endermiquement.*)

31 octobre. Douleur complètement calmée.

Quelques jours après, Chevalier sortit complètement guéri, sans avoir éprouvé de nouvelles douleurs nulle part.

XIX[e] OBSERVATION (1).

Rhumatisme du genou gauche, à 22 ans, quatre ans après un rhumatisme musculaire du membre supérieur droit. Causes probables : habitation dans un lieu humide, aménorrhée. Insuccès des évacuations sanguines et des vésicatoires. Efficacité évidente de l'ADMINISTRATION ENDERMIQUE DU CHLORHYDRATE DE MORPHINE : diminution et cessation de la douleur immédiatement après l'application de ce sel. Persistance de la raideur long-temps après la douleur. Durée totale de la maladie : trois mois et demi.

Le 16 janvier 1834, entra à la Clinique de l'Hô-

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

tel-Dieu, salle saint Lazare, n. 8, Marie Lavergne, couturière, âgée de vingt-deux ans, d'une assez forte constitution, et d'une santé habituellement bonne.

Cette fille, réglée à l'âge de quinze ans, a été sujette à de grandes irrégularités dans le retour des époques menstruelles. Lors de son entrée à la Clinique, il y avait six mois que la menstruation n'avait point eu lieu, à part un léger écoulement de sang qui s'était manifesté, il y avait un mois, et qui s'était arrêté presque aussitôt.

Il y a quatre ans, elle a fait une maladie qui consistait dans une douleur de toute l'étendue du membre supérieur droit, et de l'épaule du même côté: cette douleur affectait particulièrement la partie moyenne du bras entre l'articulation scapulo-humérale et le coude; la malade était dans l'impossibilité de soulever le bras, les moindres mouvemens excitant la plus vive souffrance. Il y avait en même temps une fièvre assez intense. Cette maladie dura trois mois, on la qualifia de rhumatisme aigu.

La malade assure que son père et sa mère n'ont jamais eu de douleurs analogues à celles qu'elle a éprouvées, et qu'ils jouissent tous deux d'une parfaite santé.

La maladie actuelle date de deux mois. Pendant les dix mois qui en ont précédé le développement, Marie Lavergne travaillait tout le jour dans un appartement bas et humide. Il se déclara tout-à-coup dans le genou gauche une douleur, qui dès l'abord rendit la marche impossible. La malade demeura alitée durant un mois. Le genou avait acquis un volume considérable, et était très douloureux à la

pression et dans les moindres mouvemens : la fièvre était continuelle. Trente sangsues furent appliquées à deux reprises sur le genou, et à deux ou trois jours d'intervalle. Depuis un mois, la tuméfaction du genou a disparu entièrement, et la douleur y a beaucoup diminué. Dès lors, la jambe a pu se mouvoir sur la cuisse, mais pourtant la marche n'est pas encore possible : la fièvre a cessé complètement.

Le 17 janvier, lendemain de l'entrée de la malade à la Clinique, voici ce que l'on observa. Le genou gauche, où siége la douleur, n'est pas sensiblement plus volumineux que le droit; la rotule gauche est aussi saillante et aussi bien dessinée que la droite, on ne peut la déprimer, on sent manifestement qu'elle porte sur les surfaces articulaires correspondantes; lorsqu'on appuie sur cet os, on ne détermine qu'une douleur modérée; la douleur est plus vive quand on presse les parties molles d'alentour, soit au dessus, soit au dessous, soit latéralement : la région externe et postérieure du genou est tout-à-fait insensible, la région latérale interne est douloureuse. Le pouls donne 70 pulsations environ : la chaleur de la peau est naturelle. Aucun trouble notable dans les différentes fonctions de l'économie, sinon que l'appétit a diminué (Prescript. : *Saignée du bras, de* 12 *onces; infusion de violette avec sirop de gomme; potion gommeuse; un demi-lavement; cataplasme; diète.*) Le sang tiré du bras fut légèrement couenneux.

Le 18, même état. (Prescription : *Saignée de dix onces; le reste, ut suprà.*)

Le 19, même état que les jours précédens : nulle

diminution dans la gêne des mouvemens, ni dans la douleur; celle-ci ne cesse pas d'empêcher le sommeil. Appétit prononcé. (Prescription : *Vésication à l'aide de l'ammoniaque au dessus de l'articulation, et application d'un quart de grain de chlorhydrate de morphine sur le derme mis à nu; chiendent miellé nitré; soupes et bouillon.*)

Le 20, diminution notable de la douleur rhumatismale. Immédiatement après l'application du chlorhydrate de morphine, la malade a senti dans la région du genou une chaleur extraordinaire, qui a duré un quart d'heure, puis il n'y a plus rien eu d'anomal; pas de nausées. Le sommeil a été bon. (Prescription : *Quart de grain de chlorhydr. de morphine sur le même endroit, après avoir enlevé la pellicule épidermique qui s'est reformée; quart de portion.*)

Le 21, la douleur a presque entièrement disparu. (Prescription : *Pas de morphine; le reste*, ut suprà.)

Le 22, la malade assure avoir beaucoup souffert pendant la nuit, et n'avoir pas dormi : la douleur est revenue à son premier degré. (Prescription : *Vésicatoire au dessous de l'articulation; tis. de bourrache; quart de portion.*)

Le 23, la douleur a persisté malgré le vésicatoire; insomnie : pouls un peu plus fréquent. (Prescription : *Demi-grain de chlorhydr. de morph. sur le vésicatoire; demi-portion*, etc.)

Le 24, douleur presque entièrement enlevée : il y a eu un sentiment de fourmillement pendant cinq minutes consécutivement à l'application de la poudre de morphine. (Prescription : ut suprà.)

25 janvier. Il y eut hier un peu d'assoupissement, et quelques envies de vomir. Un vomissement ce matin, et deux selles liquides : épigastralgie et coliques ; chaleur à la peau, pouls fréquent (80), engourdissement de la jambe : les plaies des vésicatoires suppurent bien. (Les accidens insolites ont été dus, sans doute, à l'action de la morphine.) (Prescription : *Trois soupes, deux bouillons ; bourrache.*)

27 janvier. Tout est à peu près rentré dans l'état normal. Les douleurs du genou ont presque disparu ; mais il reste encore une raideur qui empêche de marcher.

Cette raideur ne s'est dissipée qu'à la longue, et peu à peu de jour en jour, jusqu'au 6 mars, jour de *l'exeat.*

§ XIII. — Autres médications.

Beaucoup d'autres médications que celles qui viennent d'être appréciées par nous dans les précédens paragraphes, ont eu encore leurs prôneurs, qui, bien entendu, s'appuient toujours sur des FAITS, et citent des cas de succès. Si nous voulions tenir compte de tout ce qui a été proposé et préconisé contre le rhumatisme articulaire aigu, je ne dis pas depuis un siècle, ou un demi siècle, mais seulement par les échos de la presse contemporaine, quelle tâche, grand Dieu ! aussi fastidieuse qu'immense ! quel interminable catalogue de remèdes disparates et bizarres !

Le docteur Mitchell, médecin de l'hôpital de Pensylvanie, pense que le rhumatisme dépend le plus

souvent d'un état d'irritation de la moëlle épinière; et que, par conséquent, on doit appliquer des ventouses, des sinapismes ou autres rubéfians, à la région rachidienne correspondante au point de départ des nerfs qui se distribuent à la partie souffrante. Sur trente-cinq cas observés à l'hôpital, vingt-deux ont été, dit-on, ainsi guéris à l'aide de ventouses au bout de huit jours. En ville, de simples rubéfians ont souvent suffi au docteur Mitchell. (*The American Journal of the Medical Sciences*, August. 1833.)

Le docteur Blundell, de Londres, guérit le rhumatisme articulaire par l'application de l'aimant. (*Lancet*, 1833.)

Dirai-je que M. Copeman, pharmacien de l'hôpital de Norfolk-and-Norwich, vante comme un merveilleux spécifique l'artichaut commun (*cynara scolymus*, L.) employé en extrait ou en teinture, (*The London Medical Gazette*, 1833)? que le professeur italien Brera proclame la haute efficacité de la décoction de la *Ballota lanata*, L. plante labiée qui croît en Sibérie (*Annali universali di Medicina*, 1834.)? Mais arrêtons-nous: ne nous engageons pas davantage dans ce chaos d'assertions thérapeutiques. Tout cela n'est propre qu'à égarer et à désespérer les jeunes praticiens, et non pas à les guider. De tous ces prétendus spécifiques, que quelques voix isolées se sont hâtées de proclamer sur la foi de hasards heureux, il n'en est certainement aucun qui n'ait dû manquer aux brillantes espérances que le succès fortuit des premiers essais avait inspirées. Autrement, le silence et l'oubli n'auraient point succédé à un retentissement éphémère

Et, pour ma part, si la passion aventureuse des expérimentations thérapeutiques possédait mon esprit, j'aimerais mieux expérimenter les substances qui n'ont pas encore été essayées, que celles qui, prônées un moment, sont retombées bientôt dans l'obscurité.

§ XIV. — Principes du traitement rationnel, suivant M. Chomel.

Après avoir énuméré les principales médications qui ont été tour-à-tour proclamées comme souverainement propres à triompher du rhumatisme articulaire aigu, résumons maintenant, d'après un éclectisme conseillé par l'expérience, les principes de thérapeutique qui nous paraissent les plus convenables pour guider le praticien dans la cure de cette maladie.

Au début, chez les sujets jeunes et robustes, la phlébotomie, une ou deux fois pratiquée, est, sans contredit, très utile pour diminuer le mouvement fébrile, pour atténuer la violence des phénomènes inflammatoires dans les articulations qui sont actuellement prises et dans celles qui le seront ultérieurement, et, enfin, pour prévenir les phénomènes métastatiques. Mais elle ne doit jamais être réitérée au point d'abattre profondément les forces du malade : car l'affaiblissement éternise la convalescence, et puis prédispose singulièrement aux rechûtes.

Les saignées locales conviennent moins bien que la phlébotomie dans le rhumatisme articulaire fébrile: car elles sont moins appropriées que celle-ci à une maladie évidemment générale et pour ainsi dire con-

stitutionnelle. Si elles débarrassent l'articulation où elles ont été pratiquées, elles n'empêchent certainement pas le mal de se reproduire ailleurs; et si on les employait partout où les phénomènes arthritiques reparaissent, on risquerait d'exténuer le malade par cette poursuite peu sage d'une maladie qui fuit toujours devant un tel remède, et saute, sans s'éteindre, d'une région à l'autre. Cependant, si l'articulation rhumatisée est en proie à des douleurs tellement intolérables qu'il y ait des mouvemens convulsifs dans les muscles voisins, la saignée locale est indiquée, de nécessité absolue, au risque d'affaiblir un peu le patient : en ce cas, l'indication l'emporte sur la contre-indication. Au reste, on doit en cette occurrence opérer l'évacuation sanguine à l'aide de sangsues, préférablement aux ventouses scarifiées : car, de quelque manière qu'on applique ces instrumens, ils causent de la gêne et de la douleur; leur emploi sur une articulation déjà vivement endolorie sera incontestablement accompagné de souffrances aiguës, au point même de n'être pas supportable du tout.

Il est bon, la plupart du temps, d'appliquer des cataplasmes émolliens sur les articulations douloureuses, mais il ne faut pourtant point s'en faire une règle universelle. Quelquefois il y a, dans le rhumatisme, une telle production de chaleur, qu'on aurait grand tort de mettre obstacle par ces sortes de topiques à la déperdition du calorique. Si, au contraire, l'impression du froid est vivement ressentie par les articulations malades, les cataplasmes sont alors indispensables.

Les bains tièdes sont, certes, bien indiqués dans une affection à phénomènes inflammatoires, telle que la fièvre rhumatismale : mais ils ont un grand inconvénient, celui d'exiger le double transport du malade, d'abord du lit à la baignoire, puis de la baignoire au lit ; et, si court que soit le trajet, il y a des cas où l'on ne peut pas même penser à ce moyen; tant quelquefois s'exaspèrent par le moindre mouvement les souffrances du rhumatisant! D'ailleurs, les sueurs contre-indiquent l'emploi des bains: car, par elles, le malade se trouve, pour ainsi dire, constamment plongé dans un bain naturel. Encore une autre contre-indication : c'est que le malade peut se refroidir soit dans le bain même, soit au moment où il en sort, et qu'il court risque par là d'en tirer plus de mal que de profit. Il est vrai de dire que cette dernière contre-indication n'est basée que sur la supposition de négligence de la part des personnes chargées de soigner le malade : mais, enfin, le médecin doit tenir compte de toutes les circonstances possibles.

Les boissons doivent être fraîches, à l'encontre de la pratique ancienne, qui en administrait de très chaudes ; d'où résultaient un accroissement de transpiration et un excès de chaleur, double surcroît d'incommodité à la position présente du malade, sans avantage aucun pour la marche ultérieure de la maladie. Si les sueurs sont extrêmement abondantes, et qu'il y ait à craindre de les répercuter par la trop brusque ingestion d'une boisson fraîche, on donnera cette boisson par petites rations, mais à fréquentes reprises; par exemple, de demi-heure en

demi-heure, ou même à de plus courts intervalles, un tiers ou un quart de verre. De cette manière, on diminuera sans danger d'une subite répercussion l'incommode abondance des sueurs; et, en remplacement de la diaphorèse, l'excrétion urinaire se trouvera augmentée. Les boissons que nous employons généralement à cette fin, sont le petit-lait, la décoction de chiendent ou de pariétaire, avec addition d'azotate de potasse (sel de nitre).

La température de la chambre du malade doit être moyenne, 12° Réaumur, (15° centigr.)

Le lit doit être ferme plutôt que mou, car on évitera par là l'inconvénient majeur de le refaire trop souvent. Donc, point de lit de plume. Et même, surtout en été, un sommier de crin est préférable aux matelas de laine : entre les draps et le sommier, on aura soin alors de placer une peau de maroquin, pour empêcher que le malade ne soit blessé par les crins qui, d'ordinaire, traversent leur toile d'enveloppe. De telles recommandations peuvent paraître minutieuses : mais, en médecine, souvent un ensemble de petites précautions n'est pas moins nécessaire au succès, que le déploiement des grandes ressources de l'art. Quand les douleurs sont très vives et deviennent atroces par le moindre dérangement de la position du corps, il faudrait toujours adopter ces lits mécaniques, où le malade peut être soulevé à l'aide de sangles, soit pour laisser refaire son coucher, soit pour satisfaire aux besoins naturels.

Les articulations affectées doivent être placées de manière à ce que l'afflux du sang n'y soit pas

favorisé d'après la loi universelle de la pesanteur par le fait même d'une situation déclive. Par exemple : le poignet rhumatisé restera élevé sur un oreiller ou coussin. Mais nous n'en voulons pas dire davantage ; car, l'indication générale une fois posée, tout le monde saura bien en remplir, dans toute occurrence, les applications particulières.

Quant au régime alimentaire, comme la maladie doit durer le plus ordinairement quinze ou vingt jours, on ne doit point prescrire une abstinence aussi rigoureuse que dans la pneumonie. Au début, on devra certainement se borner à des boissons légèrement nutritives, comme le petit-lait, l'eau de gruau, etc. Mais, un peu plus tard, on permettra les gelées de fruits, les légumes herbacés, comme oseille, épinards, etc. Enfin, la fièvre une fois passée, on en viendra aux gelées animales, aux fécules, aux fruits rouges (si c'est la saison).

Vers le déclin de la maladie, il est bon alors de provoquer les sueurs, qui ne sont plus nuisibles comme dans le début : cela convient surtout si le malade n'est pas affaibli ; on hâte ainsi la terminaison de l'affection. Ce qu'il faut employer comme le plus sûr des moyens pour atteindre ce but, ce sont des bains de vapeurs.

Si, dans le cours de l'affection arthritique, survient une péricardite ou une pleurésie, il faut au plus vite combattre la phlegmasie intercurrente par les moyens appropriés, c'est-à-dire, par les saignées générales ou locales, et par une diète plus sévère.

Tels sont, suivant M. Chomel, les moyens les plus propres à modérer le rhumatisme articulaire aigu.

SECTION IV.

DESCRIPTION DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

Les phénomènes du rhumatisme articulaire chronique ont, comme de raison, beaucoup d'analogie avec ceux du rhumatisme articulaire aigu. Aussi, pour ne pas tomber dans d'oiseuses répétitions, ferons-nous de l'affection chronique une moins longue description que de l'affection aiguë. Nous nous appesantirons seulement sur ce que celle-là offre de particulier par opposition à celle-ci, et sur son traitement, sujet d'importance majeure pour le praticien.

Cullen proposait de désigner le rhumatisme articulaire chronique sous le nom d'*Arthrodynie* (de Ἄρθρον *articulation*; et Ὀδύνη douleur).

§ Ier. — Quelles sont les diverses formes du rhumatisme articulaire chronique ?

Le rhumatisme articulaire chronique a deux formes très distinctes. Ou il succède au rhumatisme articulaire aigu, ou il se montre de prime abord avec ses caractères propres. Le dernier cas avait été révoqué en doute ; mais la thèse (1) de M. Landré-Beauvais en a démontré la réalité par un choix d'observations recueillies à la Salpêtrière, et groupées sous le titre commun de *goutte asthénique primi-*

(1) *Doit-on admettre une nouvelle espèce de* GOUTTE *sous la dénomination de* GOUTTE ASTHÉNIQUE PRIMITIVE? *Thèse inaug.*, an VIII, n° 18.

tive : c'est, comme ce médecin l'a fort bien remarqué, la goutte de l'indigence.

On doit, d'ailleurs, distinguer deux variétés dans chacune de ces formes du rhumatisme articulaire chronique, savoir : le rhumatisme articulaire chronique léger, et le rhumatisme articulaire chronique intense.

§ II. — Du rhumatisme articulaire chronique léger.

Dans cette variété, il n'y a pas impossibilité de mouvoir le membre affecté, bien que les mouvemens en soient toujours plus ou moins douloureux. Il n'y a point non plus de rougeur, point de tuméfaction ni de déformation des articulations ; point d'organes intérieurs ne sont pris ; enfin, point d'appareil fébrile. Cette variété de rhumatisme est moins mobile, moins sujette à se déplacer, que le rhumatisme articulaire aigu léger : elle ne diffère vraiment de celui-ci que par son moindre degré de mobilité, et par sa durée.

Après avoir bien mis à part les rhumatismes articulaires aigus partiels qui, dès leur début, ou peu de temps après, manifestent leur acuité par un ensemble de symptômes violens, il serait plus rationnel de rattacher au rhumatisme articulaire chronique certains rhumatismes articulaires partiels, dits aigus, quoique sans phénomènes inflammatoires évidens.

Pour en revenir au rhumatisme articulaire chronique léger, disons enfin que au lieu d'un excès de chaleur, il produit souvent un constant sentiment de froid là où il siége : de là le nom de *fraîcheur*

sous lequel le vulgaire le désigne, comme tant de rhumatismes musculaires.

Quant aux vicissitudes que cette affection présente dans sa marche, ce sont les mêmes que dans la seconde variété, dont nous allons nous occuper.

§ III. — Du rhumatisme articulaire chronique intense.

Lorsque le rhumatisme articulaire chronique est intense, il y a complète impossibilité de mouvoir l'articulation affectée, qui, d'ordinaire, est gonflée, et déformée; on trouve tout autour de l'articulation maintes duretés et saillies, dues à des concrétions tofacées. Tant que la douleur est le seul obstacle au mouvement, il y a lieu d'espérer que cette immobilité forcée n'est que passagère, et qu'elle cessera avec la douleur. Mais, quand les concrétions tofacées entourent complètement l'articulation, le mouvement alors ne revient plus, et le rhumatisant demeure infirme pour toute sa vie. Il est vrai de dire que, si ces concrétions sont récentes, on peut quelquefois être assez heureux pour les résoudre et les diminuer un peu : mais, si elles sont de vieille date, la résolution n'en est plus possible. C'est surtout aux petites articulations, aux doigts et aux orteils, que l'on observe ces tofus, qui, quelquefois, amincissent et usent progressivement la peau par une sorte de compression de dedans en dehors, et finissent ainsi par se montrer à nu : mais même, en ce cas, on ne peut toujours les extraire; tant ils sont adhérens!

Quand le rhumatisme chronique, tout intense qu'il

est là où il s'est fixé, doit néanmoins être réputé d'intensité médiocre à cause du petit nombre d'articulations qu'il aura envahies, ou du peu de réaction générale qu'il aura provoqué, la vie du malade n'est alors nullement compromise; le pire des résultats ne peut être qu'une infirmité incurable.

Mais, si le rhumatisme chronique sévit avec le plus haut degré possible d'intensité, s'il envahit à la fois un grand nombre d'articulations et qu'il détermine une violente fièvre, la mort peut certainement s'ensuivre; il est vrai qu'elle est moins le résultat du rhumatisme même que des phénomènes accidentels. Tantôt, ce sont des eschares qui se forment, à la suite d'un érythème (1), dans les points où porte constamment le poids du corps; il en résulte des ulcères incurables, la cause qui les a une fois produits subsistant toujours, et ne cessant de les entretenir et même de les étendre: or, le malade finit à la longue par succomber aux frais de la suppuration. Tantôt même, sans formation d'eschares et d'ulcères, la fièvre hectique rhumatismale peut consumer et éteindre la vie. Cette fin funeste est très rare dans la pratique civile, à cause des moyens artificiels dont le médecin peut alors disposer pour faire alternativement varier les points d'appui du corps, et pour prévenir par là les effets d'une pression prolongée : mais elle se rencon-

(1) *Erythema paratrimma* de Sauvages (*Nosol. meth.*, class. I, gen. XI, sp. 6); du professeur Alibert (*Monogr. des Dermatoses*, t. I, p. 12); et de M. Rayer (*Tr. théor. et prat. des maladies de la peau*, t. I, p. 129).

tre assez fréquemment dans les hôpitaux destinés aux vieillards. M. Chomel n'a vu depuis sa thèse aucun cas de mort ; il en avait observé au moment où il préparait cette dissertation, parce qu'alors il demandait au Bureau Central qu'on lui envoyât les rhumatismes les plus chroniques, les gouttes les plus invétérées, maladies que les médecins n'envient guère dans leurs services, et qui par conséquent lui étaient adressées à foison sans aucune difficulté.

Dans le rhumatisme articulaire chronique, il y a fort souvent des exacerbations nocturnes, qui, soit dit en passant, se laissent très bien calmer par l'administration des opiacés.

Le cours des saisons exerce aussi, par la vicissitude des circonstances météorologiques, une notable influence sur les recrudescences et les rémissions de cette affection. Ce qu'il y a de plus mauvais, c'est un temps à la fois humide et froid : une atmosphère chaude et sèche produit, au contraire, un soulagement manifeste, sinon une guérison radicale.

Quant à la prétention que la plupart des rhumatisans ont de pressentir les mutations atmosphériques un, deux, ou trois jours à l'avance, et d'être par là, pour ainsi dire, de vrais baromètres vivans, c'est souvent illusion pure. Depuis le mois de novembre 1812 jusqu'en avril 1813, M. Chomel observa particulièrement sous ce point de vue trente rhumatisans reçus, dans cet intervalle de temps, à l'hôpital de la Charité : il leur demanda qu'ils l'avertissent toujours des changemens de temps dont ils auraient d'avance le sentiment. Hé bien ! pas un seul ne pronostiqua juste d'une façon constante.

Certes, ils ne se trompèrent pas toujours: force était bien que leurs pronostics se réalisassent quelquefois, ne fût-ce que par hasard. Mais tous se trompèrent bon nombre de fois, soit en prédisant à faux tel ou tel changement de temps, qui n'arrivait pas, soit en ne point annonçant de violens orages, qui devaient réellement advenir.

La durée du rhumatisme articulaire chronique est d'environ trois à quatre mois; elle peut quelquefois se prolonger indéfiniment, surtout quand il y a eu formation de concrétions tofacées.

§ IV. — Pronostic.

Le pronostic sera favorable, et pourra promettre une complète guérison, si, malgré la fixité et la ténacité de la douleur, les articulations conservent la possibilité de se mouvoir. Si, au contraire, les articulations se trouvent déformées, entourées de tofus, et atteintes d'ankylose, il n'y a guère lieu d'espérer le retour des mouvemens: et, en tout cas, il ne convient point de fatiguer le malade par des médications nombreuses qui pourraient encore aggraver son état plutôt que le soulager; mieux vaut abandonner le mal à la nature, dont les miracles sont ici bien plus à espérer que ceux de l'art. Quant à la terminaison par la mort, elle est excessivement rare; elle n'est à craindre que dans ces cas exceptionnels où le malade, perclus de toutes ou presque toutes ses articulations, gît, pour ainsi dire, cloué sur son lit, et dépérit peu à peu par la formation d'eschares cutanées et par les progrès de la fièvre hectique.

§ V. — Diagnostic.

Le diagnostic n'est pas toujours si facile qu'il n'y ait lieu à aucune incertitude ou à aucune méprise.

Les maladies dites *tumeurs blanches*, et les affections articulaires de nature syphilitique, peuvent être quelquefois confondues avec le rhumatisme articulaire chronique. Il est donc à propos de déterminer ici les signes différentiels.

Et d'abord, voici quels sont les moyens de distinguer le rhumatisme articulaire chronique d'avec la tumeur blanche. Si l'affection a débuté d'une manière aiguë ou subaiguë, si, surtout, plusieurs articulations se sont enflammées à la fois, et qu'elles soient encore actuellement tuméfiées, nul doute alors qu'on n'ait affaire à un rhumatisme : car une tumeur blanche ne s'endolorit que lentement et peu à peu, et, d'autre part, elle existe ordinairement seule ; ce n'est que dans un très petit nombre de cas que deux tumeurs blanches se développent à la fois sur le même individu. S'il n'y a qu'une seule articulation qui soit malade, on peut hésiter à la première vue : mais les circonstances commémoratives viendront éclairer le diagnostic, puisque, dans la grande majorité des cas de rhumatisme, le mal aura commencé par une marche aiguë, et qu'une seule articulation n'en sera devenue l'unique siége qu'après les souffrances simultanées ou successives de plusieurs autres articulations. Il serait, il est vrai, rigoureusement possible qu'un individu rhumatisant fût aussi prédisposé à une tumeur blanche, et que, chez lui, le rhumatisme antécédent eût servi, comme

cause occasionnelle, à mettre à effet cette fâcheuse prédisposition : et voilà même pourquoi beaucoup d'auteurs de chirurgie, et, entre autres, Boyer (*Tr. des Mal. chirurgic.*, t. IV, p. 500), ont signalé le *vice rhumatismal* comme une des causes les plus ordinaires des tumeurs blanches. Mais Boyer n'en insiste pas moins sur la distinction à faire entre la tumeur blanche rhumatismale et le rhumatisme goutteux (c'est ainsi qu'il nommait le rhumatisme articulaire): il trace avec soin le diagnostic différentiel de l'une et de l'autre affection. Très souvent, en effet, indépendamment des signes anamnestiques plus haut mentionnés, l'examen attentif des signes actuels fournis par l'articulation malade donnera un résultat positif. Dans le rhumatisme du genou, par exemple, si le gonflement est considérable, c'est qu'il y a épanchement de synovie : de là, fluctuation facile à percevoir, et déformation pour ainsi dire régulière de l'articulation en tumeur orbiculaire. Mais, dans la tumeur blanche, la fluctuation, s'il en existe, est bornée à un seul point, et la déformation est toujours très irrégulière. En outre, dans le rhumatisme articulaire chronique, l'enflure, comme Boyer l'a fait judicieusement remarquer, ne présente pas, d'ordinaire, cette résistance élastique qui caractérise les tumeurs blanches.

Il est beaucoup plus difficile de distinguer les affections articulaires syphilitiques d'avec les affections rhumatismales. Dans l'un et l'autre cas, plusieurs articulations peuvent être malades à la fois. Vous verrez bien, à la vérité, dans les livres des syphilographes, que les tumeurs dévelop-

pées dans les os longs par suite de l'infection vénérienne ont leur siége dans le corps de l'os et non dans les extrémités articulaires. Mais cela n'est pas entièrement exact. Quelquefois la syphilis attaque les extrémités des os longs : c'est un cas rare, à la vérité, mais enfin il est réel. Il est donc important de signaler quels indices, en une telle occurrence, pourront servir à dévoiler la nature du mal. Sans doute, l'articulation peut, comme dans le rhumatisme, offrir à la fois douleur, tumeur, rougeur et chaleur : mais, d'ordinaire, ces quatre caractères de l'état inflammatoire ne résident point dans la totalité de l'articulation, et se trouvent confinés dans quelque région partielle ; ils siégeront, par exemple, exclusivement sur l'acromion, sur une seule tubérosité du coude, sur une seule apophyse styloïde au poignet, sur un seul condyle fémoral au genou, sur une seule malléole au coudepied, etc. Il faut pourtant excepter le cas dans lequel l'affection syphilitique de l'extrémité articulaire détermine consécutivement un épanchement synovial ; alors il y a tuméfaction générale de toute l'articulation, mais la douleur encore ne se fait principalement sentir que dans un point particulier. De plus, à égalité de souffrances, le rhumatisant ne pourra remuer le membre malade ; le vérolé, au contraire, gardera tous ses mouvemens, leur exécution n'augmentant que peu ou point la douleur. Enfin, une fois le soupçon éveillé, les circonstances anamnestiques révèleront au médecin, chez les pseudo-rhumatisans (qu'on me passe cette expression), l'existence antérieure de maladies vénériennes, comme

blennorrhagies, chancres, bubons, etc. L'erreur, certes, aura été possible dans le début du traitement : mais, vu l'insuccès absolu des sangsues, des opiacés, et des autres moyens par où l'on parvient d'ordinaire à calmer, sinon à guérir, les douleurs rhumatismales, on songera à essayer le mercure, si ce métal n'a pas été administré contre des phénomènes primitifs d'infection vénérienne, ou bien, encore, s'il ne l'a pas été en quantité suffisante. Si l'hydrargyrose a été employée sans succès, et jusqu'à l'abus, on devra encore espérer de réussir à l'aide d'autres médications : avec le rob de Laffecteur, par exemple, et surtout avec la tisane de Feltz, laquelle est indubitablement un excellent antisyphilitique pour les individus saturés de mercure, et a pour principe actif, à ce que pense M. Chomel, l'arsenic contenu en très petite proportion dans l'antimoine cru (sulfure d'antimoine) (1), avec lequel on la prépare.

Ainsi donc, dans la grande majorité des cas, ne fût-ce que par le succès du traitement, qui, suivant la pensée d'Hippocrate, dévoile la nature du mal, un médecin habile parviendra, tôt ou tard, à distinguer les affections syphilitiques des articulations et les rhumatismes articulaires chroniques.

§ VI. — Anatomie pathologique.

Que trouvons-nous à l'autopsie des rhumatismes articulaires chroniques? Si l'articulation n'a encore subi aucune déformation, le plus souvent on n'y

(1) Voir les *Élémens de chimie* d'Orfila, 6e édition, t. II, p. 144 et 158.

rencontre point de lésion appréciable, au grand désappointement de l'anatomo-pathologisme. Il est vrai qu'en pareil cas la mort doit être moins attribuée au rhumatisme qu'aux eschares produites par la prolongation forcée du décubitus horizontal, ou bien à d'autres maladies intercurrentes. Quelquefois pourtant on trouve des lésions curieuses.

M. Chomel a rencontré, sur un rhumatisant mort à l'hôpital de la Charité, une lésion fort remarquable, dont nul autre auteur n'a parlé. Chez ce cadavre, la membrane synoviale était détachée, et soulevée de dessus la surface de l'os, et, de plus, elle était parsemée de trous ronds depuis une demi-ligne jusqu'à une ligne et demie de diamètre, comme si on l'eût percée avec un emporte-pièce. Dans les points correspondant à ces trous, le tissu compacte de l'os était entièrement détruit; le tissu spongieux restait seul, et il était rougeâtre, mais non pourtant ramolli comme dans la carie : la cavité médullaire de l'os contenait une sérosité sanguinolente. Voici l'observation entière.

XX[e] OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire chronique. Causes prédisposantes : hérédité, habitation dans des lieux humides. Cause déterminante : exposition à l'humidité. Durée : quatre mois. Décubitus forcé. Eschares au coccyx et au trochanter gauche. Mort. —*Autopsie :* ULCÉRATIONS DANS L'INTÉRIEUR DES ARTICULATIONS : INFILTRATIONS SANGUINES SOUS LA MEMBRANE SYNOVIALE.

Le 4 mai 1812, entra à l'hôpital de la Charité, salle St-Louis, n° 76, Louis Chupin, âgé de 52 ans, marié, journalier, issu de parens rhumatisans; il

(1) Recueillie par M. Chomel.

avait un frère et une sœur sujets également au rhumatisme. Doué d'une constitution faible et maigre, d'une stature grande, il offrait les attributs extérieurs du tempérament sanguin et nerveux. Dans sa jeunesse, il avait eu une assez faible santé : pendant long-temps il avait eu de fréquentes hémorragies nasales: il avait, plusieurs fois aussi, contracté la maladie vénérienne, pour laquelle il avait d'ailleurs subi un traitement convenable. De 19 à 21 ans, il avait servi dans un régiment de cavalerie, puis avait été nommé garde des forêts et avait conservé cette place jusqu'à l'époque de la révolution. Depuis ce temps il a été contraint de faire le métier de journalier pour gagner sa vie. Depuis sa jeunesse jusqu'à l'âge de 40 ans, il avait fait beaucoup d'excès de libertinage et d'ivrognerie ; il avait fréquemment, et dernièrement encore, habité des lieux bas et humides. Il est encore à remarquer que peu de temps avant de tomber malade il avait éprouvé beaucoup de chagrins.

Vers la fin de janvier 1812, après s'être exposé à l'humidité dans un lieu bas, non carrelé et sans fenêtres, cet homme fut pris d'un torticolis, auquel succédèrent des douleurs d'abord dans les muscles de l'omoplate, puis dans les articulations des épaules et des hanches, puis aux bras et aux genoux. Depuis leur apparition jusqu'au mois de mai, elles se sont fait sentir constamment, excepté environ huit jours, pendant lesquels elles ont complétement cessé ; mais elles ont bientôt reparu, et leur intensité a graduellement augmenté jusqu'au moment où le malade est entré à l'hôpital.

Examiné le lendemain, 5 mai, il a offert les symptômes suivans.

La douleur occupait les articulations des hanches, des genoux, des coude-pieds, et celles qui unissent ensemble les os du tarse et du métatarse, ainsi que les épaules, les coudes, les poignets et les jointures de la main; cette douleur était comparée à un picotement continuel dans les articulations malades; c'était, au rapport du malade, une sorte d'arrachement dans les paroxysmes; elle se faisait sentir profondément, et occupait tantôt un point de l'articulation et tantôt un autre. Dans le repos absolu, la douleur en général était légère, mais, dans le mouvement spontané, elle devenait extrêmement vive. La nuit n'avait pas une influence marquée sur le retour et l'intensité des paroxysmes, qui revenaient irrégulièrement. Les temps froids et humides augmentaient fréquemment les douleurs, mais pas constamment : la pression extérieure était fort douloureuse dans la plupart des articulations et notamment dans celle du genou.

Cette dernière articulation seule était quelquefois le siége d'une sensation de chaleur : dans les autres la température était absolument la même, pour le malade, que dans le reste du corps.

Il n'y avait de gonflement qu'aux genoux, aux malléoles et aux coudes : aucune de ces parties ne présentait de rougeur.

Les muscles des membres étaient atrophiés, ceux des jambes surtout. Le mouvement partiel était considérablement gêné : le mouvement général l'était bien davantage encore, et le malade ne pouvait

ni se lever, ni même changer de position dans son lit.

Quant aux symptômes généraux, la face était peu altérée; l'amaigrissement, considérable; la digestion et la respiration étaient en bon état, le pouls à peu près naturel; il y avait fréquemment des sueurs générales, provoquées par des boissons chaudes, et sans soulagement. Le sommeil était fort court, à cause de la gêne produite par l'immobilité forcée et par l'impossibilité de prendre une nouvelle position.

Le 9 mai, la douleur la plus vive occupait les malléoles; la pression extérieure y était fort douloureuse, et néanmoins le mouvement n'était pas plus pénible que précédemment.

Le 15 mai, il parut, aux tégumens qui recouvrent le coccyx et le trochanter gauche, des taches livides, produites par la pression constante du corps sur ces parties. Les jambes commencèrent à s'infiltrer : la soif augmenta; le pouls devint fréquent, la peau chaude et même un peu âcre au toucher, les sueurs un peu moins abondantes; les mouvemens étaient toujours très douloureux.

Le 22 mai, deux larges eschares s'étaient formées sur le coccyx et sur le trochanter gauche, comme on l'avait craint lorsqu'on avait vu paraître les taches dont nous avons parlé.

L'affaiblissement qui avait fait des progrès rapides depuis l'apparition des eschares, augmenta encore; et le malade mourut le 25 mai, vingt et un jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie.

L'articulation scapulo-humérale gauche ayant

été ouverte, la tête de l'humérus a offert plusieurs petites ulcérations rougeâtres: une, arrondie, placée à la partie moyenne et antérieure de cette apophyse; deux autres, semi-lunaires, se touchant par une de leurs extrémités. Une autre lésion plus remarquable était celle que présentait la capsule synoviale, à l'endroit où le col de l'humérus s'unit à la tête de cet os : cette membrane était en quelque sorte corrodée en plusieurs endroits ; on l'enlevait par une traction légère, et l'os placé au dessous n'avait plus de lame compacte à sa surface; il présentait à nu le tissu spongieux, imbibé de sang et différant d'un os carié par la solidité qu'il avait conservée. La cavité glénoïde était saine.

L'articulation de l'épaule droite offrait les mêmes lésions, mais à un degré plus considérable encore; la membrane synoviale qui recouvre le col de l'humérus, était détruite, ou percée de trous inégaux, parfaitement circulaires, et très nombreux; à peine avait-elle conservé son intégrité dans deux petites portions. L'os lui-même présentait la même lésion dont nous avons parlé pour l'humérus gauche. La cavité glénoïde offrait deux ecchymoses assez larges près de son rebord fibro-cartilagineux.

Le coude gauche contenait un peu de liquide séro-sanguinolent; l'olécrâne, et le condyle de l'humérus (petite tête articulaire), offraient, l'un et l'autre, une ulcération rouge qui avait détruit la membrane synoviale, le cartilage et la lame compacte des os; le tissu spongieux de ceux-ci était à nu, comme sur le col de l'humérus; le cartilage s'amincissait peu à peu autour de ces ulcérations, il n'était pas taillé à

pic comme chez le malade de la XXIe observation.

Le coude droit présenta absolument les mêmes lésions, avec cette seule différence que cette articulation contenait un peu de sang coagulé, tandis que l'autre n'avait offert que de la sérosité sanguinolente.

Au poignet gauche on remarqua seulement une couleur rouge livide du tissu cellulaire et des ligamens qui recouvrent la membrane synoviale de l'articulation radio-carpienne.

Le poignet droit était sain, ainsi que les articulations des doigts de l'une et de l'autre main.

L'articulation de la hanche gauche a offert les lésions suivantes. 1° A la partie supérieure et interne de la tête du fémur, il y avait une ulcération qui occupait la membrane synoviale et le cartilage, mais qui n'avait détruit qu'une partie de l'épaisseur de ce dernier, en sorte que l'os n'était pas à nu; le cartilage était détruit inégalement, de manière à rendre rugueuse la surface de cette ulcération; les parties voisines de ce point offraient une couleur rouge livide, qui disparaissait peu à peu en s'éloignant de l'endroit ulcéré. 2° La cavité cotyloïde était un peu rouge, et offrait au dessous du ligament inter-articulaire une ulcération plus profonde que la première; l'os y était à nu.

La hanche droite a présenté seulement des taches semblables à des ecchymoses.

Le genou gauche, mis à nu, a permis de voir un épanchement sanguin peu considérable entre la capsule synoviale et la partie antérieure de l'extrémité inférieure du fémur, au dessus de l'endroit où finis-

sent les cartilages articulaires : le tissu compacte de l'os avait disparu, et le tissu spongieux était à nu.

Même lésion, mais moins considérable, dans l'articulation fémoro-tibiale droite.

L'articulation du pied gauche contenait environ une cuillerée de sang à moitié coagulé; l'extrémité du tibia était dénudée à sa partie antérieure, immédiatement au dessus de la surface revêtue du cartilage; la partie correspondante de l'astragale offrait une altération semblable (la même qui avait été observée au col de l'humérus); le tissu cellulaire extérieur à la surface articulaire était imbibé de sang.

A l'articulation du pied droit, il y avait de semblables ecchymoses dans le tissu cellulaire; l'extrémité du péroné était dépourvue de son cartilage, le tissu spongieux était à nu et plus facile à couper que dans l'état sain; le tibia n'était pas altéré; toute la surface interne de l'articulation offrait une couleur rouge.

Les viscères du thorax et de l'abdomen, examinés successivement, n'ont offert aucune trace de maladie.

Quelquefois, on trouve, à la place des cartilages articulaires, un tissu cellulo-vasculeux : au lieu de cette couche nacrée qui revêt, à l'état normal, les extrémités articulaires des os, on voit des bourgeons charnus qui se détachent de la substance osseuse, et souvent il ne reste nulle trace du tissu cartilagineux. On rencontre aussi une destruction, ou ulcération superficielle, du cartilage articulaire sans dévelop-

pement de végétations cellulo-vasculeuses : l'os est à nu, ou peu s'en faut; cette dénudation n'a pas lieu, en général, dans toute l'étendue de l'extrémité articulaire; mais elle représente de petites perforations irrégulièrement circulaires d'une ligne à une ligne et demie de diamètre. M. Chomel est porté à considérer cette lésion comme consécutive à celle que nous venons de mentionner immédiatement auparavant. Les observations suivantes font foi de ce que nous avançons dans cet alinéa.

XXI[e] OBSERVATION (1).

Rhumatisme musculaire et articulaire chronique. Nulle prédisposition héréditaire. Invasion première, à l'âge de soixante-deux ans. Causes probables : passage d'une condition aisée à un travail pénible, immersion habituelle des jambes dans l'eau, séjour dans les caves. Après quatre ans de retours et d'intermittences sans altération notable de la santé générale, l'affection rhumatismale devient plus forte : elle oblige le malade à s'aliter. Amaigrissement et affaiblissement progressifs. Mort.—*Autopsie* : muscles sains, articulations plus ou moins rouges : dans une articulation, CARTILAGE PERFORÉ comme avec un emporte-pièce.

(Hôpital de la Charité, salle St-Louis, n° 58). — Jean Alzin est né dans l'Alsace (contrée sèche et sablonneuse), de parens non rhumatisans. D'une constitution primitivement forte, il n'a jamais eu de glandes engorgées, jamais d'hémorragies spontanées, jamais de maladies vénériennes, jamais de dartres : il eut une seule fois la gale, qu'il ne garda qu'une quinzaine de jours, et dont il fut bien guéri. Il resta en Alsace jusqu'à l'âge de dix-huit ans, puis il vint à Paris, et s'y plaça en qualité de domes-

(1) Recueillie par M. Chomel.

tique dans une maison où il resta fort long-temps. A vingt ans, il se fit saigner et purger par précaution, et se fit répéter, tous les ans au printemps, ces évacuations jusqu'à l'âge de trente ans. A cette époque, il renonça à cette coutume, et dès l'année suivante il commença à sentir une pesanteur de tête qui persista durant environ dix-huit mois, et qui céda ensuite peu à peu à l'emploi des pédiluves chauds et à un régime moins nourrissant que d'habitude. Depuis, il jouit d'une santé constamment bonne, jusqu'à cinquante-sept ans. Alors, il fut obligé de changer d'état, ses maîtres ayant été privés de leur fortune. Il se mit à travailler à la journée comme garde de bateau, et il fut alors obligé d'avoir presque toujours les jambes dans l'eau. Trois ans après, il fut forcé d'abandonner ce genre de travail, à raison d'un gonflement qui lui survint aux jambes, et d'ulcères qui succédèrent à ce gonflement, et qui ne guérirent qu'au bout de quinze mois, pendant lesquels il avait été obligé de garder la chambre. Quand il fut guéri, il fut employé à mettre du vin en bouteilles, et fit ce métier pendant deux ans sans ressentir aucune douleur. Mais enfin, au bout de ces deux années de séjour habituel dans l'humide atmosphère des caves, il commença à sentir (il était alors âgé de soixante-deux ans) des douleurs vagues dans le milieu de la cuisse et dans les malléoles. Ces douleurs devenaient tour-à-tour plus fortes, tantôt dans un point, tantôt dans un autre : elles n'étaient ni fixes ni constantes; la pression semblait les adoucir; la marche les exaspérait avant que le membre fût échauffé : quelquefois la douleur

éclatait tout-à-coup dans la cuisse, et forçait Alzin à interrompre sa marche jusqu'à ce que le paroxysme fût calmé. Ces rhumatismes augmentaient et diminuaient par intervalles, sans que la maladie considérée en masse fît des progrès bien sensibles. Alzin n'a jamais remarqué que les exacerbations correspondissent à l'état humide et pluvieux de l'atmosphère, mais bien au souffle du vent du nord et au retour du froid. Les douleurs disparaissaient presque entièrement l'été et revenaient à l'automne. D'ailleurs, dans les quatre premières années de cette affection rhumatismale, toutes les fonctions principales de l'économie s'accomplissaient bien, et Alzin n'interrompit pas son état. Il y a dix-huit mois environ, (en 1810), à l'entrée de l'automne, les douleurs reparurent avec plus de force, et obligèrent le malade à suspendre son travail : elles se firent surtout sentir dans les cuisses, et plus rarement dans les jambes : elles étaient quelquefois assez vives pour faire pousser des cris; d'ordinaire, elles s'exaspéraient la nuit. L'été suivant (1811), elles ne diminuèrent pas comme dans les années précédentes; et, à l'automne de la même année, elles se firent sentir pour la première fois dans les épaules et dans les bras jusqu'au coude; mais jamais elles n'ont occupé l'avant-bras, quoique le mouvement des doigts soit gêné et incomplet.

Alzin entra à l'hôpital le 11 décembre 1811, obligé qu'il était de garder le lit presque constamment, à raison de l'intensité de ses douleurs. Il commença dès-lors à maigrir et à s'affaiblir, tous les remèdes employés ayant été infructueux. Les douleurs

ne se faisaient pas constamment sentir quand le malade demeurait en repos : elles lui laissaient même souvent des heures entières de répit : quand elles se manifèstaient, elles débutaient faiblement, puis devenaient de plus en plus vives, puis disparaissaient lentement en diminuant peu à peu d'intensité. C'est toujours par le milieu de la cuisse qu'elles commençaient : elles s'y faisaient surtout sentir en dessus et en dessous, et beaucoup moins sur les parties latérales : elles se propageaient en haut jusqu'à l'aîne, et en bas jusqu'au genou et vers le pied : d'ordinaire, les deux cuisses étaient prises en même temps; quelquefois, une seule souffrait : quand les douleurs avaient cessé dans les membres inférieurs, elles se montraient dans les épaules : jamais elles n'ont existé à la fois dans les membres supérieurs et dans les inférieurs. Le malade les comparait tantôt à un trait qui aurait traversé très lentement les parties, tantôt à un déchirement circulaire tel qu'en produirait un vilebrequin, à un *tortillement de nerfs*. La pression extérieure n'augmentait pas la souffrance : il en était de même des mouvemens que l'on communiquait aux membres, sans que le malade y contribuât par la contraction des muscles de la région souffrante. Mais, s'il s'agissait d'exécuter un mouvement spontané du bras ou de la cuisse, la douleur s'exaspérait. La marche ne pouvait avoir lieu sans un appui étranger ; elle était très douloureuse en commençant, puis elle le devenait moins en se continuant quelque temps. La nuit, les paroxysmes étaient plus aigus que le jour, et séparés par de moins longs intervalles. Nulle rougeur, nul gon-

flement dans les parties souffrantes. Appétit bon, digestion facile, selles régulières. Léger catarrhe pulmonaire. Pouls à peu près naturel. Jamais de sueur. Urine facile. Intégrité des facultés intellectuelles. Pas de sommeil à cause des douleurs et de la toux.

Au mois d'avril 1813, l'amaigrissement et l'affaiblissement avaient fait d'immenses progrès : les membres étaient décharnés.

Le 8 mai, le malade est tombé dans un affaiblissement remarquable : il n'a plus paru se plaindre des membres, mais seulement du bas-ventre. Une tumeur arrondie dans cette région a fait soupçonner l'accumulation de l'urine dans la vessie. Cathétérisme : écoulement de trois pintes d'urine trouble et fétide.

Les jours suivans, urine également fétide : symptômes adynamiques (typhoïdes). Mort le 12 mai.

Autopsie.

Vessie grisâtre à l'intérieur, à cause de la couche purulente qui revêt la membrane muqueuse, et qui, étant écartée, laisse voir de petites granulations inégales de forme à peu près arrondie. Epaississement considérable de la membrane muqueuse et de la membrane musculaire : en quelques endroits, les parois vésicales ont jusqu'à deux lignes d'épaisseur. L'urine contenue dans la vessie était extrêmement fétide.

Muscles sains.

L'articulation iléo-fémorale gauche a offert de la

rougeur en deux endroits, savoir : 1° auprès de l'insertion du ligament inter-articulaire dans la cavité cotyloïde ; 2° vers le contour de la capsule articulaire.

Dans l'articulation fémoro-tibiale, la rougeur était plus générale : elle était surtout très-marquée sur les parties non osseuses ; les ligamens croisés étaient d'une rougeur livide ou pourpre. La rougeur paraissait avoir son siége dans le tissu cellulaire sous-jacent à la membrane synoviale, et dans les expansions fibreuses qui viennent y aboutir. En quelques endroits la surface articulaire paraissait inégale et comme déchirée : et le tissu cellulaire, rouge et enflammé, semblait concourir à former une partie de la cavité articulaire, et suppléer au défaut de la membrane synoviale.

Rougeur plus foncée dans les articulations de la hanche et du genou du côté droit. A la partie externe de la cavité cotyloïde droite, on a trouvé un petit espace triangulaire, à angles arrondis, où le cartilage semblait s'être transformé en une substance molle et rougeâtre : les trois côtés de ce triangle avaient chacun environ dix lignes de longueur ; l'un correspondait au rebord de la cavité cotyloïde, les deux autres se réunissaient en se portant vers le centre de cette cavité. Après avoir enlevé, en grattant, la couche rougeâtre, on vit que le cartilage manquait en cet endroit comme s'il eût été détruit avec un emporte-pièce ; l'os se trouvait à nu, mais pourtant non carié. Un peu plus haut, on observa encore une autre petite tache semblable.

L'articulation de l'épaule droite a offert seulement

un peu de rougeur. Celle de l'épaule gauche en a offert beaucoup plus; il y avait de la lividité en dessous de la tête de l'humérus, dans une longueur d'un pouce sur trois lignes de largeur.

Peu de rougeur au coude droit : un peu plus aux poignets; très peu aux doigts. Rougeur très marquée dans les articulations du pied avec la jambe, et de l'astragale avec les os de la seconde rangée du tarse, mais non dans celles des orteils.

XXII[e] OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire. Pour la première fois, à l'âge de 76 ans. Nulle prédisposition héréditaire. Cause probable : marche forcée. Persistance pendant environ quatre mois et demi. Sur la fin, diarrhée, catarrhe pulmonaire, phénomènes adynamiques. Mort. — *Autopsie* : CARTILAGE PERFORÉ dans le genou droit : dans toutes les articulations, affectées ou non, rougeur des parties ligamenteuses, teinte jaunâtre des cartilages.

Le 9 décembre 1812, est entré à la Charité, salle St-Louis, n° 61, Philippe Drumel, autrefois cuisinier, aujourd'hui sans état, âgé de 76 ans.

Cet homme, d'un tempérament sanguin, d'une constitution autrefois forte, mais affaiblie par le progrès des années, offre aujourd'hui des membres grêles entre des jointures volumineuses. Il a joui d'une bonne santé dans son enfance et dans sa jeunesse, et n'a eu que quelques maladies accidentelles. Jamais, jusqu'à présent, il n'avait eu de douleurs rhumatismales. Ni son père ni sa mère n'avaient été rhumatisans.

Il y a trois semaines, il alla de Paris à Versailles

(1) Recueillie par M. Chomel.

en voiture; il en revint le soir à pied, et fut extrêmement fatigué. Il n'avait senti de froid en aucun moment, car le temps était sec et beau. La nuit suivante, il éprouva d'abord un peu de douleur dans le genou gauche : il se leva néanmoins le lendemain matin, et fit ses affaires comme à l'ordinaire, sa douleur étant alors modérée et supportable, mais ayant graduellement augmenté depuis cette époque. Quatre ou cinq jours après l'invasion de cette légère douleur au genou gauche, le genou droit devint douloureux aussi; et cette dernière douleur a successivement augmenté, de manière cependant à être toujours plus faible que l'autre. Depuis sept à huit jours, le malade a été obligé de rester dans sa chambre, où il ne faisait quelques pas qu'avec beaucoup de douleur, et à l'aide d'un bâton.

Le 10 décembre, à la visite, voici l'état du malade. Les articulations des deux genoux sont endolories en totalité, sans gonflement ni rougeur, ainsi que la partie inférieure-antérieure des cuisses. Le patient compare sa douleur à un coup de stylet qui s'enfoncerait dans l'articulation en la traversant depuis la rotule jusqu'au jarret. Cette douleur disparaît par le repos, et ne se fait sentir que dans le mouvement : il y a néanmoins un sentiment continuel de malaise local, qui ne laisse jamais oublier au malade que ces parties sont rhumatisées. La douleur est la même nuit et jour, que le malade soit debout ou couché : la chaleur extérieure ne la diminue pas, mais est agréable : le froid, sans augmenter la douleur, se fait sentir plus vivement au genou qu'au reste de la cuisse. La pression des surfaces articu-

laires l'une contre l'autre augmente la douleur à peu près de la même manière que le fait la traction de la rotule, de la jambe ou de la cuisse. Le malade déclare avoir observé que les changemens atmosphériques étaient sans influence sur ses douleurs. La chaleur générale de la peau s'élève un peu par intervalles : pouls un peu plus fréquent que dans l'état naturel. Faim et digestion dans l'état sain : légère constipation. Respiration libre. Sommeil assez bon.

Jusqu'au 29 décembre, les douleurs siégèrent exclusivement dans les genoux avec des variations d'intensité qui ne correspondirent régulièrement à aucune vicissitude barométrique ou thermométrique, ni à aucun autre phénomène météorologique.

Le 29, les douleurs occupèrent les plantes des pieds et les talons, et diminuèrent notablement dans les genoux. Point de changement remarquable pendant environ un mois.

A partir du 19 janvier 1813, catarrhe pulmonaire, diarrhée, et diminution notable des douleurs rhumatismales.

Le 21, douleurs dans les malléoles.

25 janvier. Diarrhée, catarrhe, langue brunâtre, figure animée, ventre plat, pouls fréquent, assoupissement, douleurs rhumatismales peu intenses.

26 janvier. Même état, et, de plus, douleurs dans les hanches.

27 janvier. Langue sèche; selles involontaires, quoique le malade s'en aperçoive; écoulement également involontaire des urines ; pouls fréquent, très irrégulier, avec quelques intermittences; peau sè-

che; quelques soubresauts des tendons; grande prostration; décubitus dorsal; assoupissement.

29 janvier. Agonie et mort.

Autopsie.

Dans le genou droit, on a remarqué à la partie antérieure du fémur un petit enfoncement irrégulier à peu près d'une ligne de diamètre: en coupant là une tranche du cartilage articulaire, ce cartilage a paru perforé; et la portion qui restait au dessous de la perforation, était altérée, ramollie et rougeâtre jusqu'à l'os, lequel était demeuré sain : les cartilages offraient, dans les parties qui se touchent, une teinte jaunâtre comme s'ils fussent restés long-temps exposés à l'air : les ligamens croisés étaient un peu rougeâtres.

Toutes les autres articulations, même celles qui n'avaient jamais été affectées, ont présenté à peu près les mêmes altérations de couleur, mais point d'enfoncement pareil à celui que nous venons de signaler.

Les deux articulations fémoro-tibiales contenaient beaucoup de synovie.

Nulle altération dans les poumons ni dans les intestins.

Morgagni (Ep. LVII, 14), Latour d'Orléans (*Thès. inaug.*), Pinel (*Nosogr. philos.* Goutte, § Ier) ont rapporté des faits analogues.

Les lecteurs auront, sans doute, déjà remarqué

que, indépendamment des lésions que les membranes synoviales, les cartilages et les extrémités osseuses ont présentées dans les cas observés par M. Chomel, il y avait, en outre, une infiltration de sang dans les tissus cellulo-fibreux extérieurs à la membrane synoviale : les parois intérieures de la cavité articulaire offraient une couleur noirâtre, due à cette *hypérémie* sous-synoviale ; au genou et à la hanche, les ligamens inter-articulaires offraient la même apparence.

Voilà bien certainement des lésions qui paraissent de nature inflammatoire, et qui paraissent également se lier au rhumatisme articulaire chronique : mais, puisqu'elles ne se lient pas constamment à cette affection, elles ne peuvent donc en être réputées la cause anatomique ; elles en sont l'effet, suivant toute probabilité ; et encore n'en sont-elles pas un effet immédiat, ainsi que M. Chomel l'a déjà remarqué dans sa *Thèse inaug.* (p. 66).

Quelquefois, ce n'est pas seulement au dessous de la membrane synoviale qu'on a trouvé la preuve d'un afflux de sang : c'est dans l'intérieur même de l'articulation qu'on a trouvé du sang liquide épanché et des caillots (Rostan et Ferrus, *Dict. de Méd.* en 21 vol., art. *Goutte*, t. X, p. 321).

Nous ne parlons pas de la suppuration, parce qu'on n'a jamais prétendu en avoir trouvé dans le rhumatisme articulaire chronique. Il n'y a donc pas ici lieu à une controverse sur ce sujet, comme à l'égard du rhumatisme articulaire aigu.

Quant aux concrétions tofacées, dont nous avons déjà parlé dans la description des symptômes,

disons d'abord qu'elles ne se montrent que dans un assez petit nombre de cas, et qu'elles paraissent ainsi requérir comme condition de leur formation une idiosyncrasie spéciale indépendamment des conditions générales de la diathèse arthritique ou goutteuse. L'auteur qui, à ma connaissance, s'est attaché le plus à l'étude de ces concrétions, Scudamore, dit ne les avoir rencontrées, sur deux cent-six cas de goutte, que chez vingt et une personnes (*Traité de la Goutte et du Rhumatisme*, Causes prochaines). Ce n'est donc pas sans raison que quelques-uns de nos devanciers avaient décrit la goutte tofacée comme une espèce particulière. Quoi qu'il en soit, ces concrétions se présentent à l'observation dans les points les plus divers des régions articulaires, depuis l'intérieur même de l'articulation jusque dans les couches de la peau, et quelquefois même immédiatement sous l'épiderme prêtes à s'échapper.

Le *Sepulchretum* de Th. Bonet nous atteste, par plusieurs exemples, l'existence des concrétions tofacées dans l'intérieur des articulations (Lib. IV, sect. VIII).

Morgagni (Ep. XL, art. 2.) rapporte que dans le cadavre d'un prêtre goutteux la matière *tartreuse*, d'un blanc jaunâtre, fut trouvée par Valsalva au dessous de la peau, *in membranâ tendines obvolvente*.

Le même auteur a vu, chez un noble vénitien, les concrétions tofacées distendre la peau aux articulations des doigts, et faire saillie au dehors, ainsi que l'avait dit anciennement Cælius Aurelianus.

« *Cutem distendunt atque erumpendo prominent,* » *et chirurgiâ detrahuntur.* » (*Morb. chron.*, l. V, c. 2.)

Rien ne serait plus aisé que de multiplier les témoignages à l'égard de la diversité de siége des concrétions arthritiques.

Est-ce à dire que la sécrétion morbide dont l'épaississement et l'accumulation constitue ces concrétions, s'opèrerait indifféremment dans tous les tissus de la région articulaire? Ne serait-ce pas plutôt que ces concrétions, primitivement et uniquement formées dans les tissus fibreux, irriteraient et ulcèreraient les tissus circonvoisins, et se feraient ainsi jour en s'agrandissant, soit du côté de la peau, soit du côté de la cavité articulaire? Ce qu'il y a de bien certain, c'est que dans les cas où les tofus peuvent être extraits par l'incision chirurgicale ou par l'ouverture ulcérative de la peau, la cavité articulaire n'est pas par cela même ouverte et accessible à l'air extérieur. On est donc bien en droit d'en conclure, ce me semble, que les tofus ne se produisent pas dans la cavité articulaire, et que, lorsqu'on les y rencontre, ils y ont pénétré par le même mécanisme suivant lequel ils se font si souvent jour à travers la peau : c'est que, dans un cas, ils marchent et s'étendent de dedans en dehors, et, dans l'autre cas, de dehors en dedans. C'est une preuve de plus que Fernel a le premier, je crois, fait valoir (*De partium morbis*, lib. VI, c. 18), à l'appui de l'opinion qui place dans les tissus fibreux le siége primitif et idiopathique des affections dont nous traitons dans ce livre.

Ce n'est que depuis 1797 que l'on a connu la nature chimique des concrétions arthritiques. A cette époque, Tennant en fit l'analyse, et trouva qu'elles étaient formées d'urate de soude et d'un peu de matière animale. Fourcroy confirma cette découverte, et la consigna dans son *Syst. des conn. chim.*, (t. X, pag. 265). En 1813, M. Vogel signala, en outre, dans une concrétion arthritique qu'il eut occasion d'analyser, l'existence d'une certaine quantité d'urate de chaux et d'un peu de chlorure de sodium (*Bulletin de Pharmacie*, t. III, p. 568). Enfin, plus récemment encore, Laugier en examina une qui avait été extraite de l'articulation tibio-fémorale d'un goutteux, et en sépara 2 parties d'acide urique, 2 d'urate de soude, 1 d'urate de chaux, 1 de chlorure de sodium, 2 de matière animale, et 2 d'eau (*Journal de Chimie médicale*, t. Ier, p. 6). Il résulte donc bien évidemment de toutes ces analyses que l'acide urique, soit libre, soit combiné avec une base, prédomine dans les concrétions arthritiques, et en constitue le principal caractère.

SECTION V.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

Passons maintenant à l'exposé des moyens de traitement qu'il convient d'employer contre le rhumatisme articulaire chronique, tant sous la forme intense que sous la plus légère. Nous aurons, à ce propos, à signaler quelques-uns des moyens précédemment conseillés contre le rhumatisme musculaire chronique : car, inévitablement, l'affinité des maladies entraîne celle des médications.

§ I[er]. —Traitement curatif.

Ce traitement est ou externe ou interne.

Le traitement externe, à lui seul, embrasse déjà un grand nombre de moyens.

Si le rhumatisme est peu intense, on aura recours aux frictions sèches ou médicamenteuses ; ces dernières consisteront dans l'emploi de linimens ou de pommades balsamiques, alcoholiques, narcotiques. (Voir plus haut, p. 109-111.)

L'application de la chaleur sera aussi de grande utilité, soit qu'on expose les parties douloureuses aux rayons directs du soleil, ou bien au feu d'un foyer ardent, soit enfin qu'on y promène un fer chaud moyennant l'interposition d'une étoffe quelconque. Pour concentrer dans ces mêmes parties la chaleur naturelle, on les recouvrira de vêtemens qui soient mauvais conducteurs du calorique, comme la laine, les fourrures, etc. Ce qu'il y a de

mieux en ce genre, c'est, par exemple, une peau de lièvre, ou bien une double enveloppe de flanelle et de taffetas gommé.

Au rhumatisme intense, contre lequel les moyens précédens seraient insuffisans, il faut opposer de plus énergiques remèdes. Les rubéfians et les vésicatoires doivent ici être nommés au premier rang. La vésication répétée, par l'application successive de plusieurs vésicatoires volans, est surtout très avantageuse. Au besoin, on pourrait même employer les cautères potentiels, les moxas, et même le cautère actuel, autour des articulations malades.

L'électricité ordinaire et le galvanisme ont reçu de magnifiques éloges dans l'ancien *Journal de Médecine* de Vandermonde. De nos jours, quelques médecins se sont spécialement livrés à l'étude des effets thérapeutiques de ces agens physiques. Si nos lecteurs sont désireux de recevoir d'amples informations à cet égard, nous les renvoyons au Traité de thérapeutique (1) que MM. Trousseau et Pidoux viennent de publier, et où ils trouveront sur ce sujet, comme sur beaucoup d'autres, une revue intéressante et éclairée des travaux tant anciens que récens. Quant à nous, nous nous bornerons à déclarer que, en dernière analyse, il reste encore, pour un esprit sage et froid, une assez grande incertitude sur l'efficacité de l'électricité et du galvanisme.

Nous en dirons autant de l'acupuncture, soit pure et simple, soit combinée à l'électricité (*Electropuncture*) ou au galvanisme (*Galvanopuncture*).

(1) T. I, pag. 548 et seqq.

Nous sommes loin d'en désapprouver absolument l'emploi : nous conseillerions nous-mêmes d'y avoir recours contre des cas rebelles et opiniâtres qui auraient résisté à toutes les ressources ordinaires de la thérapeutique. Je ne saurais, pour ma part, rien dire de mieux à cet égard que ce que j'ai déjà écrit dans un autre ouvrage. « Elle (l'acu-
» puncture) excita d'abord un vif enthousiasme dans
» le monde médical, et fut préconisée par quelques-
» uns comme une sorte de panacée merveilleuse;
» mais l'expérience, en accumulant une masse de
» faits pour et contre, refroidit bientôt l'enthousias-
» me, et y fit succéder l'indifférence et l'abandon,
» peut-être à tort; car une expérience plus prolongée
» nous apprendrait, sans doute, à distinguer les cas
» dans lesquels l'acupuncture est efficace, et ceux où
» elle est inutile et même nuisible. » (*Encyclop. Nouvell.*, art. Acupuncture.)

Les bains de vapeur, simples ou aromatiques, ont une réputation populaire qu'ils méritent assez bien.

On peut aussi recourir aux bains alcalins, ou sulfureux, par imitation des eaux thermales naturelles, qui produisent souvent des cures presque miraculeuses. Qui n'a vu des rhumatisans tout perclus revenir sains et ingambes de Néris, du Mont-Dore, d'Aix en Savoie, de Vichy, etc.

Les eaux de Vichy, notamment, jouiraient d'une puissance bien remarquable, à en juger d'après une brochure récente du docteur Petit, médecin inspecteur de ces eaux. (*Quelq. consid. sur la nature de la Goutte*, etc., Paris. 1835.) Il paraîtrait même, d'après une observation fort curieuse et

fort détaillée, que l'usage intérieur des eaux de Vichy, combiné à leur administration extérieure sous forme de bains et de douches, peut réussir à déterminer la résolution et la résorption des concrétions tofacées. Mais il est vrai de dire qu'un fait unique et isolé ne constitue encore qu'une espérance incertaine de nouveaux succès, et non pas un principe sûr de thérapeutique. Remarquons, au demeurant, que déjà du temps de Morgagni on avait conçu l'espoir de résoudre les concrétions arthritiques par l'usage large et long-temps soutenu d'une boisson alcaline; laquelle devait se préparer en faisant bouillir, dans une quantité suffisante d'eau commune, des coquilles d'huîtres ou autres ostracodermes préalablement calcinées, avec addition de savon. (Morg., Ep. LVII, art. 4.)

S'il y a eu des retours alternatifs d'affections herpétiques et d'affections rhumatismales, les eaux sulfureuses doivent obtenir la préférence.

Indépendamment de l'emploi des eaux minérales naturelles ou artificielles sous forme de bains ou de boissons, on peut encore administrer ces mêmes eaux sous forme de douches : ce mode d'administration a des effets avantageux, quand la douleur articulaire est médiocre et que l'articulation est peu déformée.

On peut encore avoir recours au massage. Une telle manœuvre serait douloureuse et intolérable dans le rhumatisme aigu : mais dans le rhumatisme chronique, elle est avantageuse, surtout quand on y joint l'usage des douches, soit simultanément, soit successivement.

Enfin, à l'époque des vendanges, nous conseillerions même les bains de marc de raisins, qui ont eu d'ardens panégyristes.

Concurremment avec le traitement externe, il convient toujours d'administrer quelques médicamens internes. On les choisit, le plus généralement, dans la classe des sudorifiques. Ce sont les préparations de gaïac, de sassafras, de salsepareille, etc., qu'on emploie, d'ailleurs, plutôt par induction conjecturale que par conviction d'expérience; car les effets qu'on leur attribue pourraient bien dépendre entièrement des bains de vapeur qu'on ne manque jamais de leur associer. On devra quelquefois, suivant les indications fournies par la constitution du malade, administrer les toniques ou les antiscorbutiques.

Dans ce précis des moyens à opposer au rhumatisme articulaire chronique, nous avons négligé à dessein de ressasser ces prétendus spécifiques antiarthritiques, à l'égard desquels nous croyons bien être à peu près quittes pour en avoir fait mention une fois dans la thérapeutique du rhumatisme articulaire aigu. Faut-il encore parler des sangsues, qui ont été, il y a quelques années, le remède universel, la souveraine panacée? Quelques enthousiastes en étaient alors venus à prétendre que les tofus calcaires, ces vestiges presque ineffaçables du mal arthritique, se résorbaient par suite d'applications réitérées de sangsues. Mais aujourd'hui le prestige est dissipé. Et nous ne pensons pas qu'aucun médecin songe désormais à combattre le rhumatisme articulaire chronique par la méthode antiphlogistique

proprement dite, hormis le cas où l'affection reprendrait accidentellement la forme aiguë. Quant aux frictions mercurielles, qui ont quelque fois paru être avantageuses, nous sommes portés à croire qu'elles n'ont agi favorablement en certains cas que parce qu'il y avait là quelque principe syphilitique à détruire. Dans la grande majorité des cas, elles ont échoué, soit qu'on les ait combinées avec l'opium, afin d'apaiser les douleurs, ou avec le muriate d'ammoniaque, afin de résoudre les concrétions tofacées. Cependant, on peut les employer, mais avec précaution, dans les cas rebelles et désespérés, ne fût-ce que pour ne pas abandonner le malade, et lui donner au moins un secours moral. Nous en dirons autant de l'iode, qui, au creuset de l'expérience, n'a point fait preuve des propriétés héroïques qu'on lui avait prêtées contre le rhumatisme et la goutte.

§ II. — Traitement prophylactique.

Le rhumatisme articulaire chronique une fois guéri par l'art ou par les seules forces de la nature, il ne faut pas perdre de vue que c'est une affection sujette à récidive, et que les soins prophylactiques ne sont pas moins importans à considérer que le traitement curatif. Certes, nous ne connaissons point de moyens sûrs et infaillibles pour prévenir absolument les attaques, ni même pour en retarder le retour et prolonger les intervalles de répit. Cependant l'observation a montré qu'en général, et sauf exceptions rares, il y a de certaines conditions de régime où les rhumatismes articulaires se repro-

duisent moins souvent que sous l'empire de conditions opposées. Telles sont, par exemple, la sobriété, la modération dans les plaisirs de l'amour, l'active dépense des forces musculaires. Ainsi, chez maintes personnes, tour-à-tour placées dans la bonne et la mauvaise fortune, on a vu la goutte être compagne des richesses, la santé reparaître par les privations et les occupations de la pauvreté. Nul doute que par une alimentation succulente et de haut goût, par l'abus des boissons spiritueuses, par l'excès du coït, et le défaut d'exercice à pied, toutes conditions presque inévitables pour le riche, s'il ne sait résister au laisser-aller des sens et de la paresse ; nul doute, dis-je, que par un tel concours de circonstances, la diathèse arthritique ne soit, sinon créée, du moins puissamment favorisée. On la combattra donc avantageusement, en pareil cas, par le changement de régime et de vie, plus que par un vain attirail de recettes thérapeutiques. Dès l'antiquité, on avait reconnu cette vérité. Celse, par exemple, indique comme moyens de se préserver des rechutes la privation du vin et celle des plaisirs de Vénus; il accorde aussi une mention particulière à la diète lactée(1). Pline l'ancien parle également des triomphes anti-arthritiques du lait d'ânesse(2). Mais combien

(1) « Quidam..., quum asinino lacte epoto ex toto se eluissent, in perpetuum hoc malum evaserunt : quidam, quum toto anno à vino, mulso, venere, sibi temperassent, securitatem totius vitæ consecuti sunt. »

Celse, lib. IV, c.I, sect. 8.

(2) Sunt inter exempla, qui asininum (*lac*) bibendo liberati sint podagrâ chiragrâve. Plin., l. XXVIII, ch. 9.

peu de gens se résigneraient à subir la Γαλακτοποσία de Sydenham, à ne vivre que de lait, bouilli ou non, sans aucun autre aliment, sinon quelque peu de pain une seule fois par jour (1) ! Sans en demander tant, sans exiger un régime qui, nous le croyons avec l'Hippocrate anglais, pèche par excès de rigueur et a une influence par trop débilitante, de combien de goutteux obtiendra-t-on que, les douleurs de la goutte une fois passées, ils s'astreignent avec persévérance à être abstèmes, sobres et continens ?

Des causes d'un autre ordre paraissent aussi exercer une assez grande influence, comme, par exemple, le froid humide, l'habitation des lieux bas et humides, etc., etc. (Voir plus haut, *même article*, sect. I[re], § I[er]). Il faut donc soigneusement éviter de se soumettre à l'action de pareilles causes, dès qu'une rechute de rhumatisme est à craindre.

De plus, on peut recourir aux eaux thermales comme moyen direct d'atténuer l'occulte prédisposition qui, à la suite des causes occasionnelles les plus légères, reproduit si souvent les affections arthritiques. Des faits nombreux attestent la vertu prophylactique de ces eaux. Il n'est pas rare que des personnes qui avaient eu des attaques annuelles de goutte pendant six ou sept ans, aient, après un mois ou deux d'eaux thermales, un repos de plusieurs

(1) Γαλακτοποσία seu diæta è solo lacte sive crudo, sive cocto, exulantibus cæteris omnibus, nisi quòd panis aliquid semel fortè in die adjiciatur, ab annis retrò viginti obtinuit. Profuit hæc quàm plurimis præ cæteris hujusce morbi præsidiis, quandiù ne latum unguem ab eâ discesserint.

Syd., *De Podagrâ*.

années, à peine interrompu par quelques légers ressentimens de leur mal. M. Chomel en a vu bon nombre d'exemples dans sa pratique civile. Les rhumatisans riches ont donc raison de s'en aller de temps en temps prendre les eaux. On devra particulièrement conseiller les eaux thermales sulfureuses aux personnes chez qui les rhumatismes alternent avec les dartres.

ARTICLE IV.

IIIe ORDRE : RHUMATISMES VISCÉRAUX.

(*Endorhumatismes*).

Les affections rhumatismales ne doivent pas, selon nous, être considérées comme exclusivement dévolues aux muscles de la vie animale et aux articulations. Non seulement elles peuvent attaquer aussi les muscles de la vie végétative et involontaire, ou muscles viscéraux, mais encore certains organes qui sont de même nature que le tissu des tendons, des ligamens, et des aponévroses, comme le périoste, la sclérotique, etc.

Les anciens avaient admis des affections rhumatismales ou goutteuses de tous les viscères : ils professaient, en général, que la goutte, qui, à notre avis, on le sait, n'est pas autre chose que le rhumatisme articulaire, se portait sur le foie, sur le poumon, sur le cerveau, etc. C'est d'après cette manière de voir que Musgrave, dans son traité *De arthritide anomalâ*, a admis une péripneumonie, une apoplexie, une hémiplégie, et un carus arthritiques (chap. XI, XV et XVI). Un auteur non moins célèbre, mais plus moderne et presque notre con-

temporain, Barthez reconnaissait encore une péripneumonie goutteuse, une apoplexie goutteuse, une paralysie goutteuse, etc. (*Traité des mal. goutt.*, l. III, c. 5 et 7.)

Assurément, il n'est pas impossible que le principe occulte d'irritation que la raison est obligée d'admettre pour se rendre compte des phénomènes arthritiques, ne se transporte et ne se fixe sur toute sorte d'organes et de tissus, à l'instar du virus syphilitique, qui infecte indifféremment la peau, les membranes muqueuses, les glandes, les os, etc. Mais, si la cause rhumatismale se porte quelquefois sur le cerveau ou le poumon, les effets en sont là essentiellement différens de ceux qu'elle produit dans les muscles et les articulations : au lieu d'une simple douleur, ou d'une gêne des contractions musculaires, c'est le délire ou le coma, les quintes de toux et les crachats sanguinolens. Quoi de plus contradictoire à l'idée de rhumatisme que l'affection de la pulpe cérébrale ou du parenchyme pulmonaire.

Nous ne reconnaissons donc, nous, de rhumatismes intérieurs que là où se trouve un tissu musculaire ou fibreux.

Beaucoup d'organes internes satisfont à cette condition. Tels sont : 1° le diaphragme ; 2° le cœur ; 3° les conduits aériens, qui, de plus, offrent dans le larynx tout un système d'articulations ; 4° le canal digestif (pharynx (1), œsophage, estomac et intestins) ;

(1) Le pharynx, qui se trouve, pour ainsi dire, sur la lisière de l'intérieur et de l'extérieur, a déjà fixé spécialement notre attention. Nous nous sommes occupés ailleurs de son rhumatisme. (Art. II, sect. II, § II.)

5° la vessie ; 6° enfin, l'utérus. Tous ces organes, par leur structure musculeuse, sont évidemment susceptibles de se rhumatiser, et nous consacrerons une section particulière au rhumatisme de chacun d'eux.

Après l'examen des rhumatismes viscéraux, objet spécial de cet article-ci, nous accorderons une section, en guise d'appendice, à cette autre sorte de rhumatismes anomaux qui ne sévissent ni sur les muscles de la vie animale ou sur ceux de la vie végétative, ni sur les articulations, mais sur des organes fibreux non articulaires, comme le périoste, la sclérotique, etc.

Enfin, il y a un autre genre d'organes, qui, bien qu'ils ne puissent être assimilés ni au tissu musculeux, ni au tissu fibreux, semblent néanmoins être passibles de rhumatisme, associés qu'ils sont au système musculaire par leurs fonctions : nous voulons parler des nerfs. Ce sera là une question à examiner dans une dernière section.

Avant de clore ce préambule, dans lequel nous nous sommes proposé de jeter un rapide coup d'œil sur tout l'ensemble de notre article, disons sur le champ (car nous sommes des premiers à l'avouer) que tous ces rhumatismes anomaux qui vont nous occuper, et dont la réalité ne nous paraît pas pouvoir être contestée en thèse générale, ne peuvent jamais, dans tel ou tel cas particulier, être admis et diagnostiqués que par présomption, et non pas en vertu d'une démonstration absolue.

SECTION PREMIÈRE.

RHUMATISME DU DIAPHRAGME.

Le rhumatisme du diaphragme (*Rhumatisme diaphragmatique* ou *phrénique*) se laissera soupçonner, chez des individus antérieurement ou encore actuellement atteints de rhumatismes réguliers, par la sensation d'une barre douloureuse à la base de la poitrine, et par la dyspnée. Un médecin, appelé dans un cas pareil, devra surtout être frappé de l'exagération de la douleur lors de l'inspiration, lors du passage des boissons, du bol alimentaire ou des rapports gazeux vers les attaches du diaphragme : à cela peuvent se joindre encore la toux et le hoquet. Ce dernier symptôme nous paraît surtout important et caractéristique. Sauvages l'avait particulièrement signalé, en posant comme une des espèces de son genre *Singultus* (Hoquet) le *Singultus arthriticus*, espèce consécutive à la suppression de la goutte et à la métastase de la *matière âcre rhumatismale* ou *goutteuse* sur le diaphragme. (*Nosol. Method.*, class. V, gen. IV, sp. 4.)

Le cas suivant, observé cette année à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, est, à nos yeux, un exemple assez évident du rhumatisme diaphragmatique.

XXIIIe OBSERVATION (1).

Sujet âgé de 20 ans. Cause probable de la disposition rhumatismale : alternatives de froid et de chaud dues à la profession. Depuis deux mois, douleurs rhumatismales lombaires. Dans l'espace de 13 jours, trois attaques intermittentes de RHUMATISME DIAPHRAGMATIQUE. Guérison.

Le 18 février 1836, Brunelle, âgé de 20 ans, fondeur en caractères, entre à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, salle Ste-Madeleine, n° 34.

Ce jeune homme, d'une constitution peu forte, jouit, néanmoins, habituellement d'une bonne santé : il n'est point sujet aux rhumes ni à l'hémoptysie. Il se nourrit bien. Depuis huit ans qu'il a embrassé son état, il travaille dans des ateliers dont la température est très élevée, et en sort souvent très peu vêtu. Cependant, il est resté long-temps exempt de douleurs rhumatismales : seulement, depuis 6 mois, il éprouve quelquefois des crampes dans les jambes, surtout quand il fait quelque excès en boissons (ce qui lui arrive, dit-il, deux fois par semaine). Depuis deux ou trois mois, il ressent dans la région lombaire quelques douleurs vagues qui se montrent de temps en temps, et qu'il attribue à ce qu'étant placé près d'une porte de l'atelier, il reçoit constamment des courans d'air froid sur cette région.

Le 12 février, sans refroidissement préalable ni sans autre cause appréciable, il ressentit une douleur dans l'épaule droite : cette douleur fit le demi-

(1) Recueillie par M. Grisolle, sous les yeux de M. Chomel.

tour de la poitrine, en suivant le bord inférieur des côtes et les ATTACHES DROITES DU DIAPHRAGME, et vint envahir le côté gauche de la paroi postérieure de la poitrine, et l'épaule du même côté ; peu forte pendant la nuit du 12 au 13, elle s'exaspéra le lendemain matin et devint de plus en plus vive jusqu'au soir : la respiration était très gênée : il y avait des HOQUETS qui ne pouvaient, pour ainsi dire, se faire qu'à demi : la moindre toux, la déglutition de la salive, étaient très douloureuses. Brunelle entra à l'Hôtel-Dieu, où on lui promena des sinapismes sur les membres supérieurs ; et, en deux heures, les douleurs avaient presque complétement disparu. Le 15, parfaitement guéri, il quitta l'hôpital.

Le 18, à huit heures du matin, sans s'être refroidi, sans s'être livré à aucun excès, Brunelle éprouve les mêmes douleurs qu'auparavant dans le côté gauche : il entre aussitôt à la Clinique. Bonne sonorité de la poitrine : à l'auscultation, murmure respiratoire normal : peu de douleurs dans les mouvemens du bras ou du tronc : pouls fréquent (116), petit : pas de chaleur : pas de hoquets : pas de dyspnée. On lui applique de nouveau les sinapismes sur les bras, et la douleur s'en trouve calmée ; une seconde application de sinapismes, faite le soir, produit encore du soulagement.

Le 19, à l'instant de la visite, encore un peu de douleur dans la paroi gauche du thorax et dans l'épaule du même côté. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne montrent rien que de normal ; le pouls cependant donne 100 pulsations. Suivant le diagnostic de M. Chomel, ces douleurs sont

manifestement rhumatismales, puisqu'elles se montrent ainsi subitement et sans fièvre, et qu'elles disparaissent sous l'influence des révulsifs appliqués sur la peau. (Prescription : *Quinze sangsues ; bourrache miellée ; trois bouillons.*)

Le 20, ce qui vient confirmer de plus en plus que les douleurs sont rhumatismales, c'est qu'elles ont passé dans les parois abdominales ; elles se propagent vers l'ombilic (*Rh. pré-abdominal.* — Voir art. II, sect. V), et elles ont presque entièrement disparu du côté de la poitrine : dyspnée nulle, pouls calme. (Prescription : *Bourrache miellée ; quart de portion.*)

Le 21, les douleurs ont complétement cessé partout.

Le 22, aucune douleur.

Le 23, *idem* ; l'*exeat* est donné pour le lendemain.

Le 24, à deux heures du matin, Brunelle (qui ne croit pas s'être refroidi) est réveillé par une douleur très vive, qui se montre encore dans le côté postérieur gauche de la poitrine, et qui se propage jusqu'à l'épaule du même côté : cette douleur s'étend aussi dans le côté droit, mais à un faible degré; mais, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, en s'étendant d'arrière en avant, elle suit les insertions du diaphragme. La pression ne calme ni n'exaspère la douleur : les mouvemens du tronc l'aggravent notablement. Dyspnée : 20 à 24 respirations par minute : hoquets : pouls fréquent (92). (Prescript. : *douze sangsues sur les points douloureux; sinapismes aux genoux et aux pieds*). Le soir, la dou-

leur persiste toujours, mais avec moins d'intensité. Les sinapismes sont promenés sur les membres supérieurs, et la douleur cesse peu à peu pendant la nuit.

Le 25, il n'y a plus qu'une douleur très légère, et tout-à-fait superficielle, à l'épigastre. (Prescript.: *Bourrache miellée; quart de portion*).

Le 27, aucune douleur.

Rien jusqu'au 1er mars, jour où Brunelle sort de l'Hôtel-Dieu, dans un état de parfaite santé.

Cette brusque disparition des douleurs sous l'influence des sinapismes et des applications de sangsues, ces retours imprévus, et ces intermittences, ne sont-ce pas, dans l'observation précédente, des caractères décisifs? Mais, même avant ce tardif complément de preuve, le diagnostic du rhumatisme diaphragmatique acquiert un haut degré de probabilité par l'absence des signes propres à la péricardite ou à l'emphysème pulmonaire. L'angine de poitrine offre bien le même défaut de signes physiques ; car c'est aussi une maladie plutôt physiologique qu'anatomique, dans laquelle le désordre fonctionnel tombe plutôt que l'altération organique sous la faible portée de nos sens : mais elle n'a pas besoin de la diathèse rhumatismale pour raison d'être, et elle coïncide presque toujours avec une affection organique du cœur, laquelle se révèlera par ses signes propres.

Le pronostic du rhumatisme diaphragmatique n'est pas aussi grave que peut le faire croire, au

premier abord, la violence effrayante des symptômes. Cependant il ne serait pas impossible que le malade succombât dans un véritable état d'asphyxie. En pareil cas, comme il n'y aura pas plus qu'en tout autre cas de rhumatisme de quoi expliquer la maladie par l'autopsie cadavérique, la cause de la mort restera toujours un objet de controverse.

Maintenant, disons quelques mots du traitement, lequel, au surplus, devra être à peu près le même pour tous les rhumatismes fixés sur les organes internes. Posons-en donc ici les bases, une fois pour toutes.

La première indication du traitement est de reporter le rhumatisme sur des organes dont le trouble fonctionnel soit moins dangereux. Or, quelles sont les articulations, quels sont les points de l'économie, où il y a le plus de chances pour réussir à annuler le mal. C'est, sans aucun doute, là où il était auparavant, là d'où il vient de se déplacer; ou bien, si l'attaque actuelle débute, pour ainsi dire, de prime-saut par le diaphragme, là où les attaques antérieures ont sévi de préférence. On voit d'ordinaire, pendant quatre, cinq, ou six ans, le rhumatisme envahir les mêmes articulations : ce qui prouve l'affinité que la cause rhumatismale a pour tel point de l'économie plutôt que pour tel autre. Si nous avons affaire à un individu qui n'ait pas eu d'attaque antécédente, c'est autour des genoux, et en général aux membres inférieurs, qu'à défaut d'indication spéciale il convient d'exciter une irritation artificielle. On emploiera, dans ce but, des moyens d'autant plus énergiques que la maladie aura plus

de gravité. Si les accidens sont légers, on n'aura recours qu'aux pédiluves irritans, aux sinapismes, et aux vésicatoires ordinaires. Si le danger est pressant, on mettra en œuvre l'eau bouillante, ou la pommade ammoniacale, qui ont l'avantage d'agir instantanément; et cela n'empêchera pas, d'ailleurs, qu'on ne continue d'exciter la révulsion avec la moutarde et avec l'emplâtre de cantharides. Il sera aussi convenable, à moins de contre-indication, de poser quelques sangsues au niveau des attaches diaphragmatiques, et d'administrer des bains.

SECTION II.

RHUMATISME DU COEUR.

Le rhumatisme du cœur (*Rhumatisme cardiaque*) peut, à ce qu'il nous paraît, exister à l'état aigu ou à l'état chronique. L'histoire en est fort intéressante; car elle tient de près à celle des affections organiques du même viscère. Maintes fois on a vu guérir des individus qui étaient soupçonnés d'avoir le cœur atteint d'anévrisme, d'hypertrophie, ou de quelque lésion organique des valvules, et qui, partant, avaient été réputés incurables. N'est-on pas en droit de penser qu'en pareil cas le diagnostic avait été erroné, et que les symptômes étaient peut-être dus à un rhumatisme cardiaque chronique. Le cœur est tout musculeux; n'est-ce donc pas chose naturelle et même nécessaire qu'il soit quelquefois atteint de rhumatisme? La péricardite, qui survient quelquefois (voir plus haut, art. III, sect. II, § VI), pendant le cours d'une affection rhumatismale, et l'endocardite même, si endocardite y a (art. III, sect. II, § VII), ne pourraient-elles pas être considérées comme consécutives au transport immédiat du principe morbifique sur le cœur, comme un effet du rhumatisme aigu de ce viscère. N'est-ce pas ainsi que la plèvre s'enflamme consécutivement au rhumatisme des muscles intercostaux, et que la pleurésie succède à la pleurodynie? N'est-ce pas ainsi que la peau elle-même rougit, s'enfle, et s'endolorit au niveau des articulations rhumatisées?

Pour l'étiologie du rhumatisme cardiaque, il faut

d'abord admettre la diathèse rhumatismale comme cause prédisposante, puis, peut-être quelque cause déterminante particulière qui appelle le mal sur le cœur plutôt qu'ailleurs, quoiqu'on ne puisse, souvent, que reconnaître le simple fait de la mobilité du rhumatisme. Une irritation artificiellement produite ne fait venir ni ne fixe le rhumatisme là où l'on veut. Il y a, il faut le reconnaître, quelque chose de mystérieux et d'occulte dans les métastases rhumatismales. Maintes fois, vous aurez beau entourer une articulation de sinapismes, vous n'y développerez point tout l'appareil des symptômes arthritiques : c'est une autre articulation qui sera envahie.

Quelques syncopes fugaces, survenant pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, ce que M. Chomel se rappelle avoir observé dans un cas, et ce que Musgrave avait déjà signalé (*De arthritide anomalâ,* c. VIII); une palpitation plus ou moins vive, se déclarant en pareille circonstance pour disparaître au bout de deux ou trois heures, et pour ne laisser aucune trace après elle, comme chez une des malades dont j'ai recueilli moi-même l'observation (XVI[e] observation); bref, quelques phénomènes anomaux du côté du cœur, mais presque aussitôt dissipés que produits : c'est là, très probablement, le rhumatisme cardiaque à l'état aigu. Pour nous rendre compte de symptômes qui paraissent et disparaissent en si peu de temps, nous préférons, quant à nous, cette hypothèse à celle d'une lésion aussi matérielle qu'une inflammation du péricarde ou de l'endocarde.

Mais le rhumatisme cardiaque paraît exister plus ordinairement à l'état chronique. Certains individus rhumatisans ou goutteux deviennent sujets à des douleurs précordiales, à un sentiment d'oppression sous le sternum, à la dyspnée; ils éprouvent des palpitations de cœur, non seulement en marchant vite ou en montant un escalier, mais aussi, pendant la nuit, d'une façon soudaine; on conçoit même fort bien qu'il puisse y avoir en quelques cas un commencement d'anasarque, par suite de la gêne de la circulation; puis tous ces formidables accidens viennent à cesser comme par enchantement, dès qu'une attaque régulière de rhumatisme ou de goutte se remontre chez ces individus. M. le docteur Bertrand du Mont-Dore (1), en traitant de tels individus par des bains de jambes à 36°, a vu des rhumatismes francs et réguliers se développer aux extrémités inférieures, et l'affection du cœur disparaître. C'est, sans aucun doute, dans des cas de cette nature qu'on a pu se glorifier d'avoir guéri de prétendues lésions organiques du cœur, parvenues, disait-on, à une période avancée. Car ici un traitement anti-rhumatismal sera suivi de succès, de même qu'on guérit par l'administration des martiaux les palpitations de cœur chez les sujets chlo-

(1) C'est là la véritable orthographe, et non pas *Mont-d'Or*, comme les gens du monde l'écrivent la plupart du temps, et, ce qui est plus impardonnable, comme l'ont écrit certains médecins qui ont traité spécialement des eaux minérales. Ce mont célèbre doit son nom à la *Dor* ou *Dore*, rivière qui y prend sa source, et qui va se réunir à la *Dogne* pour former la *Dordogne*.

rotiques, et qu'on guérit aussi par des moyens appropriés celles qui doivent leur origine à des causes morales. A ce propos, toutefois, M. Chomel fait remarquer que jamais les palpitations de cause morale ne peuvent, comme celles par chlorose ou par rhumatisme, être accompagnées d'anasarque.

L'affection du cœur étant une fois reconnue comme rhumatismale, le pronostic devra être plutôt favorable que triste. Car, le cas le plus ordinaire, c'est qu'une affection de même nature se déclare sur un autre siége, après quoi les signes de la gêne du cœur s'évanouissent entièrement. Mais une terminaison fâcheuse fort possible, c'est la péricardite, qui a même dû fort souvent masquer et faire tenir en oubli les symptômes propres du rhumatisme cardiaque antécédent. La mort même pourrait survenir par la seule présence du rhumatisme cardiaque, si la syncope, dont il peut être cause, venait à se prolonger outre mesure. Mais cela est une possibilité présumée plutôt qu'une réalité constatée. Car, en pareil cas, la nécropsie ne montrant rien, le champ reste toujours ouvert aux hypothèses et aux controverses.

Une question qui concerne encore le pronostic du rhumatisme cardiaque, c'est de savoir si le cœur rhumatisé à plusieurs reprises peut par cela même contracter une affection organique. A ne résoudre la question que par analogie avec ce qui se passe dans les muscles de la vie animale, la réponse sera négative. Ces muscles, en effet, s'atrophient par suite de rhumatismes, et on n'y observe jamais à cette occasion aucune lésion analogue aux altérations

hypertrophiques ou anévrismatiques du cœur. Mais cette différence tient peut-être à ce que les muscles rhumatisés demeurent en repos, tandis que le cœur, sous peine de mort subite, doit toujours se mouvoir. Ce viscère est donc placé dans des conditions toutes spéciales ; et, par conséquent, l'analogie sus-mentionnée ne suffit pas pour repousser, en cas de rhumatisme cardiaque, l'idée du développement ultérieur d'une affection organique. Et n'y a-t-il pas, au contraire, quelque analogie entre les concrétions que le rhumatisme laisse après lui dans les articulations, et celles qu'on rencontre dans les valvules sigmoïdes et auriculo-ventriculaires ? Cela, néanmoins, ne soit dit que comme simple rapprochement, et non comme prétention à établir sans appel l'origine rhumatismale des indurations valvulaires du cœur.

Le diagnostic du rhumatisme cardiaque est vraiment un problème délicat et curieux de séméiotique. Si l'autopsie cadavérique ne peut l'éclairer et le confirmer, c'est une raison de plus pour rapprocher pendant la vie tous les signes qui peuvent contribuer à l'établir, par opposition à celui de quelques affections qui sont propres à occasionner une méprise.

S'agit-il d'une pleurodynie qui ait son siége tout près du cœur ? En ce cas, la pression extérieure augmentera notablement la douleur ; même exaspération aura lieu immédiatement après l'inspiration, surtout quand le patient tentera de respirer amplement et profondément. Or, ce double caractère manquera dans le rhumatisme cardiaque.

Dans la péricardite, la région précordiale offre

plus d'espace mat qu'à l'état normal, excepté toutefois au début; mais alors même il y a fièvre, ce qui ne se décèle pas toujours, à la vérité, par la fréquence du pouls; mais si, quelquefois, le pouls, au lieu d'être précipité, se trouve ralenti, la chaleur intense de la peau est un symptôme fébrile qui ne manque jamais.

Les affections organiques des parois du cœur et de ses valvules se révèlent par une série particulière de phénomènes que nous croyons inutile d'énumérer ici.

Les palpitations nerveuses surviennent par une infinité de causes physiques ou morales, chez les individus doués d'un tempérament nerveux, ou même atteints déjà de véritable névropathie; point de rhumatismes antérieurs; le plus souvent, pas la moindre augmentation de sensibilité à la région du cœur ne précède l'invasion soudaine et brusque des palpitations.

Quant à ce qu'on appelle *angine de poitrine*, c'est, il faut l'avouer, un mal très analogue à notre rhumatisme cardiaque. Ne serait-ce pas, dans un grand nombre de cas, ce rhumatisme même? Quand ce n'est pas une affection rhumatismale, cela ne paraît être qu'un accident symptomatique d'une lésion organique du cœur, et non pas une maladie idiopathique. Depuis quatre ans, M. Chomel a observé, à la Clinique de l'Hôtel-Dieu, deux cas d'angine de poitrine qui se sont terminés par la mort; il a trouvé, dans ces deux cas, le ventricule gauche très volumineux comparativement au ventricule droit. Quelquefois, il faut le dire, la même dispro-

portion se rencontre, sans que l'angine de poitrine survienne jamais. Ce redoutable accident débute par une douleur très vive au cœur, laquelle se propage de là au bras, et surtout au bras gauche : il survient particulièrement après le mouvement. M. Chomel a connu deux individus chez qui l'angine de poitrine ne s'était jamais manifestée qu'au sortir du spectacle ; quand cela leur arrivait, ils rentraient précipitamment chez eux avec la crainte de mourir dans la rue, tant alors était pressante la sensation d'étouffement !

Hé bien ! si des symptômes évidemment imputables au cœur ne peuvent être rapportés à aucune des maladies précitées, et qu'ils aient lieu chez un sujet rhumatisant ou né de parens rhumatisans, alors, par voie d'exclusion et en raison du commémoratif, on pourra reconnaître avec quelque vraisemblance l'existence d'un rhumatisme cardiaque.

Le rhumatisme cardiaque aigu, une fois soupçonné ou reconnu, devra être combattu par les mêmes moyens que nous avons conseillés contre le rhumatisme diaphragmatique. Mais, si le rhumatisme cardiaque existe à l'état chronique, devra-t-on appliquer un vésicatoire sur la région précordiale pour combattre le mal de plus près ? Nous pensons que oui : car, si le rhumatisme persiste indéfiniment et ne se déplace pas, on n'a, certes, plus à craindre de le rendre plus fixe et plus tenace par l'application d'un vésicatoire. Il faut agir dans ce cas comme à l'égard de l'arthrite, contre laquelle, tant qu'elle est aiguë, il n'est pas prudent d'employer la vésication, mais qui, à l'état chro-

nique, est avantageusement combattue par ce moyen. A cette même période du mal, nous conseillerons aussi l'administration endermique des médicamens narcotiques à la région du cœur. Enfin, les eaux thermales ont quelquefois de beaux succès.

SECTION III.

RHUMATISME DES CONDUITS AÉRIENS.

Les voies aériennes ont-elles une texture qui les rende susceptibles de devenir le siége du rhumatisme? Certes, cela ne saurait être nié à l'égard du larynx, qui en constitue la région supérieure. Cet organe offre dans sa structure, non seulement des muscles, mais encore des articulations diarthrodiales avec membranes synoviales et ligamens. Et pourtant les affections rhumatismales du larynx ont été peu signalées par les auteurs, et M. Chomel lui-même avoue n'avoir peut-être pas assez fait attention aux cas d'aphonie qui surviennent pendant le cours d'un rhumatisme régulier. Il se rappelle seulement avoir vu autrefois un homme atteint depuis fort long-temps d'aphonie, et dont l'état inspirait de très vives craintes : car on avait à soupçonner, suivant l'apparence, une phthisie laryngée, prélude ou plutôt simple travestissement de la phthisie pulmonaire. Il n'y avait point de crachats, il est vrai; mais le malade était excessivement amaigri, ce qui pouvait bien, à vrai dire, n'être dû qu'à la sévérité du régime. L'aphonie résista pendant trois mois aux sangsues, aux vésicatoires et à une foule d'autres moyens; enfin, au bout de ce laps de temps, on eut recours aux bains de vapeur, qui amenèrent la guérison en huit jours. M. Chomel croit, en conséquence, n'avoir pas eu affaire, en cette occasion, à une phthisie laryngée, mais à un rhumatisme laryngien; il se propose d'ob-

server à l'avenir avec le soin le plus minutieux les cas analogues que le hasard lui amènera, tant à l'hôpital que dans la pratique civile; car il regarde comme chose extrêmement probable, sinon démonstrativement prouvée, que le rhumatisme peut se porter sur le larynx. Quant aux parties plus basses des voies aériennes, il s'y trouve des fibres sur la nature desquelles, il est vrai, les anatomistes ne sont pas d'accord. Mais n'importe. Que ces fibres soient musculaires, ou appartiennent au tissu fibreux proprement dit, dans l'une et l'autre supposition on est obligé de les considérer comme propres au rhumatisme. Par là se trouverait justifiée l'opinion de ceux de nos devanciers qui admettaient une toux d'origine rhumatismale ou goutteuse (Musgrave, *De arthr. anom.* c. XI, hist. 1. — Barthez, *Mal. goutt.*, liv. III, chap. 5.), un asthme de même nature (Musgr., *opere citato*, c. X. — Barthez, *loco citato*): la première affection serait le rhumatisme aigu des brouches; la seconde, leur rhumatisme chronique. Mais ce n'est là, nous l'avouons, qu'une présomption, et non un fait démontré. La chose est possible, sans doute; mais de la possibilité à la réalité il y a loin.

SECTION IV.

RHUMATISME DU CANAL DIGESTIF.

Les rhumatismes de l'estomac et des intestins avaient été fort bien entrevus et signalés par les anciens. Goutte atonique, caractérisée par un trouble plus ou moins prononcé des organes digestifs et par des douleurs vagues dans les articulations, goutte remontée dans l'estomac, etc. : voilà ce dont nous parlent souvent les vieux livres de l'art. Et cette doctrine s'était toujours maintenue en pleine vigueur, jusqu'à ce que la domination exclusive de l'anatomie pathologique et du solidisme vînt frapper de discrédit et même de ridicule ces affections internes dont les caractères anatomiques ne pouvaient être saisis, et que l'on avait jusque là attribuées à une *humeur* rhumatismale ou goutteuse. Dans le dernier siècle encore, l'immortel Stoll traçait le tableau de la dyssenterie rhumatismale (*Rat. medend.*, III. 144). Au commencement du siècle actuel, Barthez se livrait à de fort belles considérations sur la goutte aiguë et chronique de l'estomac et des intestins (*Mal. goutt.*, liv. III, chap. 3); et Rodamel publiait des faits bien propres à établir la réalité des douleurs rhumatismales de l'estomac (*Traité du rhum. chron.*, p. 163 et seqq.).

Mais à l'époque où Pinel régna dans l'école de Paris, on rejeta dédaigneusement toutes les idées de rhumatisme ou goutte interne. Le célèbre médecin de la Salpêtrière, véritable précurseur de M. Broussais, professa que la même cause qui avait

produit une affection rhumatismale, pouvait bien, aussi, déterminer le développement d'une inflammation viscérale, mais comme cause ordinaire et non comme cause spécifique, et qu'enfin la gastrite arthritique, dont il rapporte des cas dans sa *Médecine Clinique* (p. 193, et p. 316), ne diffère pas essentiellement de toute autre gastrite. La judicieuse remarque que Bichat avait faite passa alors inaperçue: « Tous les auteurs, » disait ce grand homme (*Anat. génér.* Considér. génér. § VII) « ont beaucoup parlé des inflammations de l'estomac, des » iutestins, de la vessie. Moi, je crois que presque » jamais cette maladie n'affecte primitivement la » totalité de ces organes, excepté dans le cas où » une substance délétère agit sur eux. Il y a, pour » la surface muqueuse stomacale et intestinale, des » catarrhes aigus et chroniques; pour le péritoine, » des inflammations séreuses; peut-être même, » pour la couche des muscles organiques qui séparent ces deux membranes, une espèce de phlegmasie particulière, quoique nous n'ayons presque » encore aucune donnée sur ce point. » Qu'est-ce, au fond, que cette dernière phrase, sinon un pressentiment mal défini, mais bien réel, des rhumatismes musculaires internes, autrement dit, de nos rhumatismes viscéraux ?

M. Broussais enchérit encore sur Pinel, et jeta complètement dans l'oubli toute autre affection que la gastrite et l'entérite ; tout, jusqu'aux névroses de la nosographie philosophique, ne fut que phlegmasie.

Et cependant, plus on vieillit dans la pratique de la médecine, plus on se convainc que tous les maux

divers de l'estomac et des intestins ne sont pas de nature identique, et ne peuvent être réduits à un seul et unique genre en nosologie. M. Chomel pense, d'ailleurs, que les névroses gastro-intestinales sont assez rares. Dans son opinion, les affections que l'on qualifie généralement de gastralgies et d'entéralgies par opposition aux gastrites et entérites franches, doivent plutôt, dans la grande majorité des cas, être regardées comme des métastases rhumatismales ou dartreuses : dans le premier cas, c'est la tunique musculeuse qui est atteinte ; dans le second, c'est la muqueuse. La structure de l'estomac et des intestins doit *à priori* inspirer cette doctrine: plusieurs faits viennent la confirmer *à posteriori*. Un tel fait venait d'être observé à la Clinique, à l'époque où M. Chomel traitait, dans ses leçons orales, la question qui fait l'objet de cette section. Voici cette observation.

XXIVe OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Causes inconnues. Nulle disposition héréditaire. Première attaque, à 36 ans. Dyssenterie, vomissemens sanguinolens : cessation du rhumatisme. Puis, au bout de quelques jours, cessation des accidens gastro-intestinaux, et retour du rhumatisme. Ainsi, à trois reprises. Guérison complète, au bout d'un mois environ.

Le 3 juillet 1834, entre à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle sainte Madeleine, n° 14, Jean-Baptiste Chabanais, âgé de 36 ans, charretier, doué d'une constitution assez forte et d'une santé passablement

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

bonne. Il eut, il y a quatre ans, une *fluxion de poitrine,* qui exigea six mois de convalescence; jamais il n'a eu de *fraîcheur* : ses parens ne sont point sujets au rhumatisme.

Il tomba malade, il y a huit jours : il ressentit un malaise général, une violente courbature, et fut obligé de se mettre au lit : une saignée que lui pratiqua dès lors un médecin de la ville, lui procura un soulagement notable; mais la douleur, de générale qu'elle était d'abord, devint locale et se résuma, pour ainsi dire, dans l'articulation tibio-astragalienne gauche, et affecta particulièrement la malléole interne. Deux jours après, le genou droit fut pris à son tour, et devint assez douloureux pour interdire tout mouvement de la jambe sur la cuisse; le soir du même jour, l'épaule gauche fut aussi le siége de douleurs très vives; il n'y avait que peu de rougeur et de gonflement dans les parties affectées. C'est alors qu'il se rendit à l'hôpital; il y vint en voiture : mais il monta les escaliers, en s'appuyant d'un côté sur le bras d'un compagnon, et de l'autre sur un bâton.

Le 4 juillet, au moment de la visite, voici l'état du malade. Décubitus dorsal, figure calme. Douleur assez vive dans le genou droit, qui est condamné à l'immobilité; car le moindre mouvement y exaspère la douleur d'une façon insupportable. Un peu de rougeur, de chaleur et de gonflement : la rotule n'est pas appliquée sur les condyles du fémur : il y a manifestement dans l'intérieur de la cavité articulaire une accumulation de liquide qui déplace cet os. Les douleurs qui existaient dans l'épaule gauche et à la malléole interne du pied gauche, ne laissent que de

légers ressentimens : les mouvemens s'exécutent assez facilement dans ces régions. Point de fièvre. Peu d'appétit : soif assez vive : point de céphalalgie. (Prescription : *Huit sangsues sur le genou, et six sur la malléole interne.*)

5 juillet. Soulagement. Diminution de la douleur au genou et au pied. Il ne reste plus qu'un peu de raideur dans l'épaule. (Prescription : *Bain ; cataplasme ; trois soupes ; deux bouillons.*)

7 juillet. Récrudescence des douleurs au genou, sans rougeur ni chaleur : raideur dans les autres parties précédemment affectées. Pas de fièvre. (Prescription : *Quinze sangsues sur le genou douloureux ; le reste*, ut suprà.)

8 juillet. Douleurs presque nulles au genou. La veille, sur les six heures du soir, le malade avait été pris de coliques très vives, qui se sont apaisées et reproduites à plusieurs reprises : peu de sommeil durant la nuit : quatre selles mêlées d'un peu de sang : ténesme. Ce matin même, à l'instant de la visite, violentes coliques dans tout le ventre. (Prescription : *Eau de riz avec sirop de gomme ; un demi-lavement de lin et de pavots ; potion gommeuse avec un grain d'extrait d'opium ; diète.*)

9 juillet. Quatre ou cinq selles sanguinolentes : trois à quatre fois, vomissement assez abondant de mucosités sanguinolentes mêlées à de la bile ; langue d'un rouge assez vif ; soif vive ; épigastralgie ; sensibilité abdominale très grande ; fausses envies d'aller à la garde-robe ; nulle douleur dans les membres. (Prescription : *Cataplasmes sinapisés aux pieds et aux genoux ; cataplasmes de lin sur le ven-*

tre; deux demi-lavemens de lin; vingt sangsues à l'anus.)

10 juillet. Les vomissemens ont été aussi abondans, et toujours composés des mêmes matières : une seule selle sanguinolente ; fausses envies d'aller à la garde-robe, mais moins nombreuses que le jour précédent. Inappétence: soif vive; persistance de l'épigastralgie et de la sensibilité abdominale. Pouls un peu fréquent (80). Chaleur assez élevée. Peau sèche. Articulations parfaitement libres. (Prescription : *Quinze sangsues à l'épigastre; sinapismes au genou droit et au pied gauche ; cataplasme émoll. sur le ventre; deux demi-lavemens.*)

11 juillet. Cessation des vomissemens; deux selles demi-liquides avec mucosités rougeâtres ; il n'y a plus de douleur à l'épigastre et à l'abdomen : apyrexie. Point de douleurs rhumatismales. (Prescription : *ut suprà*, *excepté les sangsues.*)

12 juillet. Encore des matières sanguinolentes dans les selles, qui ont été au nombre de quatre : pas de vomissement : il n'y a eu de douleur nulle part. (Prescription : *ut suprà.*)

13 juillet. Un vomissement contenant encore quelques matières sanguinolentes : pas de selles. Coliques. Peau chaude; pouls un peu fréquent; pas de douleurs articulaires. (Prescription : *Cataplasmes sinapisés sur les articulations précédemment rhumatisées; solution de sirop de gomme; deux demi-lavemens.*)

14 juillet. Un vomissement et une selle avec quelques mucosités encore sanguinolentes, etc. (Prescription : *ut suprà.*)

15 et 16 juillet. Mêmes symptômes. Même prescription.

18 juillet. Réapparition du rhumatisme au genou gauche; soulèvement de la rotule, que l'on peut faire choquer contre les condyles fémoraux, par une pression qui, au surplus, est douloureuse : le genou est globuleux. Ni selles ni vomissemens. Son un peu obscur dans la région iliaque gauche, légèrement douloureuse à la pression. Apyrexie. (Prescription : *Cataplasmes sinapisés; un demi-lavement émollient; trois bouillons; deux demi-laits de poule.*)

19 juillet. Diminution de la tuméfaction du genou gauche : la rotule est à peine dépressible : douleur presque nulle. Ni selles ni vomissemens. (Prescription : *Chiendent avec sirop de gomme; un demi-lavement de lin; catapl. sinapis. sur les articulations : bain.*)

20 juillet. Retour des douleurs abdominales : selles nombreuses (10 à 12), légèrement sanguinolentes. Pas de vomissemens, pas d'envie de vomir. Disparition de la douleur et du gonflement du genou gauche. Inappétence; soif vive; langue un peu jaunâtre; haleine fétide : chaleur élevée; pouls sans fréquence (70) : peu de sommeil. (Prescription : *Cataplasmes sinapisés sur les deux genoux; un demi-lavement de lin et de pavot; catapl. émoll. sur le ventre; solut. de sir. de gomme.*)

21 juillet. Genou gauche presque complètement indolent quand on le remue. Trois selles un peu sanguinolentes, avec coliques dans tout le ventre. Sommeil assez bon. Haleine fétide, langue blanche,

appétit, soif vive; apyrexie. (Prescription : *Cataplasme sinapis. sur les pieds; solut. de sir. de gomme; catapl. émoll. sur le ventre; deux demi-bouillons.*)

22 juillet. Persistance des douleurs abdominales: trois selles toujours un peu sanguinolentes. Nulle douleur dans les parties primitivement occupées par le rhumatisme. Apyrexie. (Prescription : *Solut. de sir. de gomme; potion gommeuse avec un demi-grain d'extrait d'opium; un demi-lavement de lin; quelques cuillerées de panade.*)

23 juillet. Selles nombreuses, fétides, sanguinolentes. Un vomissement également sanguinolent. Haleine fétide, bouche amère et pâteuse. (Le malade a pris en cachette une grande quantité d'alimens.) Malaise général, abattement. Nulle douleur dans les articulations. (Presciption : *Potion gommeuse avec un grain d'extrait d'opium; eau de riz avec sir. de gomme; catapl. émoll. sur le ventre; demi-lavement de lin avec un demi-grain d'extrait d'opium.*)

24 juillet. Le malade se trouve mieux. Cependant son haleine est toujours fétide. Douleurs abdominales moins fortes qu'elles n'étaient la veille. Pas de vomissemens ni d'envies de vomir. Deux selles avec quelques glaires sanguinolentes. Soif vive. (Prescription : *Riz sirop de gomme, 2 pots; deux demi-lavemens de lin avec un grain d'extrait d'opium : cataplasmes sinapisés sur les articulations précédemment rhumatisées.*)

25 juillet. Amélioration notable de l'affection abdominale et de l'état général. Une seule selle non

sanguinolente, et cela à la suite d'un lavement. Haleine moins fétide. Physionomie meilleure. Retour des douleurs dans le genou droit. (Prescription : *Riz sirop de gomme ; potion gommeuse avec un grain d'extrait d'opium : deux demi-lavemens avec un grain d'extrait d'opium ; diète.*)

26 juillet. La douleur du genou a disparu. Huit selles muqueuses avec beaucoup de sang ; douleurs abdominales extrêmement vives, ventre tendu, voix cassée, figure altérée, peau chaude, pouls fréquent. (Prescription : *Eau de riz sir. de gomme ; deux demi-lavemens de lin avec un grain d'extrait d'opium dans chaque : catapl. émoll. et laudanisés sur le ventre ; douze sangsues à l'anus ; deux vésicatoires sur les genoux ; diète.*)

27 juillet. Deux selles à peine sanguinolentes, douleurs abdominales modérées. (Prescription : *ut suprà, excepté les sangsues, et l'opium dans les lavemens.*)

28 juillet. Deux selles peu abondantes, molles ; non sanguinolentes : peu de sensibilité abdominale, même à la pression. Haleine fétide. Légère douleur dans le genou gauche. (Prescription : *ut suprà.*)

29 juillet. Pas de selles. Il n'y a de douleur nulle part. Haleine moins fétide.

1er août. Il n'y a pas de phénomènes morbides.

10 août. Le malade est parfaitement bien : il mange depuis cinq jours la demi-portion. *Exeat.*

Dans notre XVIIe observation, ne doit-on pas aussi reconnaître une dyssenterie rhumatismale ?

Au reste, cette forme sur-aiguë du rhumatisme gastro-intestinal n'est pas la plus fréquente : c'est la *goutte remontée* des anciens. Cette locution, pour être surannée, n'en exprime pas moins une idée juste et vraie.

Mais c'est la forme chronique qu'on a le plus souvent à observer et à combattre. Si c'est l'estomac qui est rhumatisé, la sensibilité épigastrique est exagérée, et même bien plus qu'elle ne l'est d'ordinaire dans l'inflammation de la muqueuse stomacale : cette épigastralgie, qui contraste singulièrement par sa vivacité avec l'absence ou le faible degré de réaction fébrile, s'exaspère surtout par la pression. Outre cela, il y a des nausées, des vomiturions, et même des vomissemens : mais les matières vomies n'offrent jamais cette abondance de mucosités glaireuses dont la supersécrétion est propre aux inflammations. Si ce sont les intestins qui sont affectés, une sensibilité analogue à l'épigastralgie sus-mentionnée se manifeste en telle ou telle des régions de l'abdomen correspondantes à la masse des circonvolutions intestinales : et il y a des coliques irrégulières. Dans l'un et l'autre cas, la douleur varie cent fois d'intensité et de siége, sans être influencée, au moins pour la plupart du temps, par le régime alimentaire. Quand la gastrite ou l'entérite existent, les douleurs se réveillent ou s'exaspèrent au moment précis de la digestion, soit stomacale, soit intestinale, et puis il y a presque toujours du dévoiement. En cas de rhumatisme, rien de constant dans les effets de l'ingestion des alimens, ni dans le caractère des évacuations alvines. Après les

repas, tantôt les douleurs augmentent, tantôt même elles diminuent, tantôt enfin elles ne changent ni dans un sens ni dans l'autre. Il n'est pas rare d'observer cela chez un grand nombre d'individus, soi-disant atteints de gastrites ou entérites chroniques. Quelquefois même, ces gens-là vont mieux, après avoir mangé plus que d'ordinaire, ou après l'usage d'alimens excitans. Cette nullité d'influence de la part du régime alimentaire prouve, sans aucun doute, qu'on a affaire à une affection spéciale autre que l'inflammation. C'est plutôt par suite de certaines conditions atmosphériques que les souffrances deviennent plus vives, et principalement quand l'air est froid et humide, ou qu'il est orageux et chargé d'électricité. Les malades racontent que c'est bien en vain qu'on les a saignés, condamnés à la diète, soumis à toutes les rigueurs de la médication antiphlogistique; qu'ils ne s'en sont trouvés ni mieux ni pis. Ils n'ont éprouvé que des effets passagers et variables par l'emploi des médicamens calmans. Ils ont eu antérieurement, pour la plupart, des rhumatismes articulaires ou musculaires, si même ils n'en ont encore : ou bien ils sont nés de parens rhumatisans et goutteux.

C'est à l'aide de toutes ces considérations que l'on reconnaîtra ces rhumatismes gastriques et intestinaux, confondus par M. Broussais avec les phlegmasies, par Pinel avec les névroses. Avec de l'attention, on parviendra néanmoins dans la pratique à en établir le diagnostic par opposition à celles-ci et surtout à celles-là. Les affections cancéreuses seraient plutôt faites pour en imposer : remar-

quons toutefois qu'elles ne surviennent guère avant l'âge de quarante ans ; et puis, si à leur début la méprise est possible, tôt ou tard elle cesse de l'être; car l'état général ne reste pas long-temps en disproportion avec l'intensité des symptômes locaux. Si un individu souffre de l'estomac depuis deux ans ou plus, et qu'il souffre parfois très vivement, si cependant il n'a point de fièvre, qu'il n'ait pas maigri, ou que son amaigrissement soit moins imputable à la maladie même qu'à la sévérité du régime et à l'emploi excessif du traitement autiphlogistique, croyons bien qu'il n'y a là ni cancer ni phlegmasie. Mais le rhumatisme comporte parfaitement bien tout cela : quelquefois même, si longue que soit sa durée, il n'exclut pas le teint frais et brillant de la plus splendide santé, pas plus qu'il ne lui est ordinaire, à son maximum d'acuité, de déterminer une réaction fébrile. Ainsi donc, douleurs apyrétiques et souvent passagères, ou qui se prolongent indéfiniment sans malaise général, voilà par où le médecin peut reconnaître, tant à l'état aigu qu'à l'état chronique, les affections rhumatismales des entrailles. Car la durée des inflammations a quelque chose de fixe et de régulier ; ni la douleur qui ne dure que quelques heures, ni celle qui dure des années sans empirer l'état général, n'appartiennent à une inflammation, à moins toutefois qu'on n'ait affaire, et cela dans le dernier cas seulement, à une série de petites inflammations successives, qu'entretiendrait un mauvais régime, ou toute autre cause.

Si le pronostic est peu grave quant à l'issue de ces rhumatismes gastriques et intestinaux, il est,

certes, assez fâcheux quant à leur durée et à leurs chances de récidive.

La mort survient-elle pendant le cours de telles affections, et non pas, bien entendu, par leur seule présence : il est à peine besoin d'avertir maintenant qu'on chercherait en vain, à l'autopsie, leurs traces anatomiques.

Quant au traitement, il doit être le même qu'en cas de rhumatisme du diaphragme, du cœur ou du larynx, mais avec encore plus de précautions et de soins à l'égard du régime alimentaire. Car il faut bien se garder de l'usage d'alimens assez excitans pour agir en quelque sorte sur la muqueuse gastro-intestinale comme les sinapismes sur la peau, et pour y rappeler ainsi ou y fixer l'affection rhumatismale.

SECTION V.

RHUMATISME DE LA VESSIE.

Le rhumatisme de la vessie a été reconnu par les anciens; c'était, dans leur langage, la goutte qui se transportait sur les parois vésicales. Nous avons vu plus haut (art. I., § V.) qu'Arétée avait particulièrement signalé cette métastase. Dans ces derniers temps, cette affection n'a plus été considérée que comme une cystite, suivant les uns, ou comme une cystalgie, suivant les autres. Il y a cependant des fibres musculaires dans la structure de la vessie, et, qui plus est, ces fibres sont jusqu'à un certain point soumises dans leur contraction à l'influence de la volonté. Il y a donc là une disposition organique, encore plus manifeste que dans le tube digestif, à subir les atteintes du rhumatisme.

On conçoit aisément que cette disposition vienne à produire son effet chez certains individus chez lesquels la diathèse rhumatismale existe, et cela surtout quand la localisation du mal est déterminée sur la vessie plutôt qu'ailleurs par des causes spéciales, c'est à savoir, par des alimens ou des boissons qui stimulent l'appareil urinaire, ou rendent les urines âcres, par l'emploi des cantharides, par l'irritation des organes génitaux, etc.

Le rhumatisme vésical peut exister sous la forme aiguë et sous la forme chronique.

Dans le premier cas, le rhumatisme vésical succède à un autre rhumatisme qui s'interrompt brus-

quement, ou bien il survient durant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu général. Tantôt alors i y a de fréquentes micturitions (1), et l'excrétion urinaire est très douloureuse : tantôt, au contraire, il y a rétention d'urine. Il semblerait ainsi que le rhumatisme siége tantôt sur le col de la vessie, tantôt sur le fond. On observe quelquefois, sur le même individu et dans la même attaque, l'alternative des phénomènes de dysurie ou d'ischurie.

Une malade de la Clinique nous a paru offrir un cas de rhumatisme vésical aigu : voici l'observation.

(1) De *micturio*, avoir envie de pisser. Le mot nouveau que j'emploie ici, et que je songeai pour la première fois à employer dans mon Cours de physiologie à l'Athénée royal (1829-1831), me paraît avoir droit à être adopté dans la langue médicale, comme celui de *miction*, proposé par M. Rostan dans son *Cours de clinique* pour désigner l'action d'uriner. La terminaison *urio*, *urire* désignait, chez les Latins, désir ou besoin : ainsi de *mictum*, supin de *mingere* (pisser), est dérivé *micturire*, comme *cacaturire* vient de *cacare*, et *parturire* (avoir besoin d'accoucher, être en travail) vient de *parere*, *partum* (accoucher). Aussi est-ce avec grande raison que Desormeaux, aussi habile philologue que savant accoucheur, blâme (art. PARTURITION du *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes) le néologisme inutile et impropre de quelques auteurs modernes qui substituent le nom de parturition à celui d'accouchement ; il démontre que le premier nom ne devrait être réservé que pour désigner le *travail de l'enfantement*, et non pas l'accouchement lui-même. C'est d'après la loi étymologique ci-dessus indiquée que le mot *vomiturition* est aujourd'hui généralement employé et compris. Pourquoi n'en serait-il pas de même de ses analogues, micturition, parturition, etc. ? C'est à l'usage, maître souverain et capricieux du langage, à en décider.

XXVe OBSERVATION (1).

Courbature, lumbago, et rhumatisme articulaire du pied. Cause occasionelle : marche forcée. Rhumatisme vésical? Guérison.

Le 24 avril 1834, entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle saint Lazare, n. 18, Hortense George, âgée de 21 ans, bien réglée, douée d'une constitution assez forte, et d'une santé habituellement bonne.

Le dimanche matin 20 avril, elle fit à pied une partie de campagne, mangea entre le déjeuner et le dîner une galette compacte ; elle ne put manger à l'heure du dîner, et rentra le soir très fatiguée: toute la nuit, elle eut de la céphalalgie, de la douleur dans les lombes, et un sentiment incommode et général de chaleur. Le lendemain 21, elle fut obligée de garder le lit et d'observer la diète, à cause de la persistance du mal de tête et de la courbature. Le 22, depuis le matin jusqu'à midi, frisson tel que la malade ne pouvait se réchauffer : le matin et le soir, vomissement de matières verdâtres et amères. Le 24, mêmes vomissemens, trois selles liquides presque aqueuses, douleurs hypogastriques : quelques heures après l'admission de la malade dans l'hôpital, une douleur se déclara au pied gauche, dans l'articulation du troisième orteil avec l'os métatarsien correspondant.

Le 25, au moment de la visite, pesanteur dans les tempes, douleur lombaire augmentant par la

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

flexion et l'extension du tronc, douleur vive au pied gauche : bouche amère, langue couverte d'un enduit blanchâtre ; sensibilité épigastrique à la pression ; soif vive ; inappétence ; douleurs hypogastriques, augmentant beaucoup par la pression ; chaleur peu élevée ; pouls fréquent (100). (Prescription : *Saignée de douze onces* ; *cataplasme émollient sur le bas ventre ; violette sirop de gomme ; diète.*)

26 avril. Douleur à l'hypogastre : émission des urines très douloureuse ; fréquentes micturitions qu'il est impossible de satisfaire. La malade a été sondée, et on n'a pas obtenu d'urines. Deux selles liquides. Pas de vomissemens, ni de nausées. Les douleurs rhumatismales ont disparu. (Prescription : *Violette sirop de groseilles ; cataplasme sur le bas-ventre ; demi-lavement de lin ; diète.*)

27 avril. Les douleurs hypogastriques sont calmées. Les douleurs rhumatismales ne sont pas revenues. Bon sommeil. (Prescription : *ut suprà.*)

29 avril. La malade est tout-à-fait bien. (Prescription : *Quart de portion.*)

5 mai. *Exeat.*

Le rhumatisme vésical peut aussi sans doute exister sous la forme chronique.

M. le professeur Chomel a quelquefois observé certaines affections chroniques de vessie, qui lui ont paru être de nature rhumatismale. Ç'a toujours été chez des femmes ; est-ce par un simple hasard, ou bien en vertu de quelque loi étiologique ? En de tels cas, la vessie était le siége de douleurs vives, qui duraient depuis trois à quatre mois, qui per-

sistaient pendant les vingt-quatre heures de la journée, avec une micturition presque continuelle, et qui s'exagéraient lors de la miction, sans que l'urine offrît aucune modification dans son aspect. Je me rappelle avoir donné des soins à un malade en ville, lequel se trouvait dans le même cas, et est aujourd'hui parfaitement guéri. Jusqu'à présent, M. Chomel a toujours rencontré des obstacles domestiques qui ne permettaient pas aux malades d'aller éprouver les effets des eaux thermales. Il est cependant bien décidé à prescrire ce mode de traitement dans toutes les occasions semblables qui se présenteront à lui. Car, il y a forte présomption, sinon démonstration absolue, qu'en pareil cas on a affaire à un rhumatisme. Une de ces dames a eu pendant long-temps une affection dartreuse, qui a disparu lors de la manifestation des douleurs vésicales. A ce propos, M. Chomel dit avoir souvent vu les dartres et les rhumatismes se succéder alternativement. Serait-ce, dit-il, la même cause qui produirait ceux-ci et celles-là? Il croit toutefois qu'une réponse affirmative serait téméraire et hasardée, dans l'état actuel de la science.

Le rhumatisme vésical aigu doit être combattu par des saignées locales, par des moyens révulsifs sur les articulations libérées, et, s'il n'y a eu aucune libération métastatique, par les remèdes propres à modérer et à abréger la fièvre rhumatismale.

Dans le rhumistisme vésical chronique, c'est surtout aux bains de vapeur et aux eaux thermales qu'il faut avoir recours.

SECTION VI.

RHUMATISME DE L'UTÉRUS.

Le rhumatisme de l'utérus (*Rhumatisme utérin*) est encore plus obscur que celui de la vessie.

Quand la vessie est rhumatisée, la contraction nécessaire à l'excrétion des urines augmente la douleur : et cette augmentation de la douleur par suite de l'action musculaire est un trait caractéristique du rhumatisme. Rien de pareil n'est à observer dans l'utérus.

Toutefois, il n'est pas rare de rencontrer des douleurs utérines qu'on ne sait à quoi attribuer de prime abord. Tels sont les cas dans lesquels la matrice devient tout à coup, et pour quelque temps seulement, le siége de douleurs qui sont comparées par la malade à celles de l'accouchement, et qui sont assez vives pour rendre la marche impossible, sans que d'autre part l'examen le plus attentif découvre aucune modification anomale de la matrice quant au volume, à la forme, à la position, ou à l'état de la membrane muqueuse, sans qu'il y ait, non plus, ni fièvre ni leucorrhée, ni dérangemens de la menstruation. Quelquefois, la pression aggrave la douleur en un point particulier de la région utérine, et ce point varie de position d'un jour à l'autre. Les exacerbations ou les rémissions de la douleur se manifestent d'une façon fort irrégulière, sous l'influence des mêmes remèdes : ainsi, par exemple, le bain tiède, tantôt calme le mal, tantôt l'exaspère. Serait-ce là une affection nerveuse,

une *hystéralgie* ? M. Chomel penche plus volontiers à regarder cela comme un rhumatisme chez les femmer qui ont fait preuve antérieurement d'une diathèse rhumatismale, ou qui peuvent l'avoir reçue héréditairement.

On trouve dans Rodamel (*Tr. du rh. chron.*, p. 203 et seqq.) plusieurs observations particulières qui présentent, chez des femmes habituellement rhumatisantes, des douleurs utérines consécutives à des rhumatismes francs et réguliers, ou quelquefois alternant à plusieurs reprises avec ceux-ci, comme pour mieux révéler de quelle nature elles étaient.

SECTION VII.

AUTRES RHUMATISMES ANOMAUX, DANS DES ORGANES FIBREUX NON ARTICULAIRES.

§ I[er]. — Au périoste.

La science possède des faits qui nous paraissent établir l'existence des rhumatismes du périoste. Tels sont les cas des douleurs fixées sur un os superficiel, sans aucune trace de gonflement, et apparues consécutivement ou simultanément à des affections incontestablement rhumatismales. Dans le cours de la clinique de 1833-34, nous avons observé un individu atteint d'une douleur au sternum, laquelle, à raison du commémoratif, nous a paru de nature rhumatismale. Dernièrement encore, chez une dame de mes clientes, sujette depuis plusieurs années à des attaques de goutte, j'ai vu, à deux reprises différentes, une douleur très aiguë se manifester à l'épitrochlée (tubérosité interne de l'humérus) : cette douleur, qui s'exaspérait vivement par la plus légère pression, était parfaitement bornée à l'apophyse indiquée, et ne s'étendait pas le moins du monde à l'articulation huméro-cubitale, dont les mouvemens de flexion et d'extension n'étaient nullement entravés.

Lors même qu'il y a gonflement de l'os, et que le mal peut être qualifié d'exostose, ou plutôt de périostose, une pareille conjecture est de saison, si cette périostose a remplacé un rhumatisme articulaire chez des individus non affectés de syphilis, ou qui ont été infructueusement soumis à un traitement

mercuriel. Latour d'Orléans a cité plusieurs exemples de périostose rhumatismale. Lecomte, médecin d'Evreux, en cite un cas dans l'ancien *Journal de médecine* : voici l'abrégé substantiel de son observation.

« Un homme, âgé de trente-six ans, avait eu dans » sa jeunesse un rhumatisme au genou droit : en 1782, » douleurs dans l'épaule gauche, précédemment » contuse ; au printemps de 1783, alternative de » pleurodynie et de tuméfaction douloureuse à la » PARTIE MOYENNE DU STERNUM, disparaissant par » l'application des vésicatoires sur le point affecté, » et se manifestant de nouveau dans le lieu qu'elles » avaient auparavant occupé et avec les mêmes » symptômes : ensuite la douleur se fit sentir à l'é- » paule, disparut, et plus tard se porta dans la » partie antérieure et latérale droite de la tête, avec » élancemens considérables dans l'œil. Deux ans » après (1785), retour des douleurs de tête et de » l'épaule, EXOSTOSE CONSIDÉRABLE DE LA CLAVICULE » GAUCHE dans toute sa longueur ; amaigrissement » de tout le corps pendant l'année suivante (1786), » atrophie des deux membres abdominaux et du » bras gauche ; TUMEUR OBLONGUE SUR LA CRÊTE » DU TIBIA DROIT, au dessus de la partie moyenne » de cet os ; de temps en temps APPARITION, SUR DI- » VERS POINTS DE LA TÊTE, DE TUMEURS SENSIBLES A » LA PRESSION, DIMINUANT par la chaleur, et DISPARAIS- » SANT en quelques jours. Le malade n'avait jamais » eu aucune affection vénérienne ; on lui administra » néanmoins, avant la manifestation des exostoses, » trente frictions mercurielles, qui n'apportèrent

» aucun soulagement aux souffrances actuelles, et » n'empêchèrent pas d'autres symptômes nouveaux » de s'y joindre. Il n'y eut jamais d'exaspérations » nocturnes ni de douleurs ostéocopes. » (Chomel, *Thèse inaug.*).

Ces affections rhumatismales du périoste sont combattues avec succès par des applications de sangsues, par des vésicatoires, et par les eaux thermales.

§ II. — Aux dents.

Les dents paraissent aussi être sujettes à des douleurs de nature rhumatismale. Et peut-on s'en étonner? L'émail dentaire ne se rapproche-t-il pas du tissu fibreux par sa structure, et n'est-il pas à l'ivoire de la couronne ce que le périoste est aux os? N'y a-t-il pas là, d'ailleurs, une sorte d'articulation?

Chez un jeune malade couché au n° 19 de la salle Ste-Madeleine (juillet 1834), entré à l'hôpital pour un lumbago, puis atteint de douleurs assez vives dans les genoux et les coudes, nous avons observé, après la disparition du lumbago, et avant l'apparition des douleurs articulaires, une odontalgie mobile qui siégeait tour à tour à la mâchoire inférieure et à la mâchoire supérieure, tantôt à droite, tantôt à gauche: toutes les dents avaient la couronne dans un état d'intégrité parfaite, et la souffrance s'exaspérait surtout par la mastication. Tout cela, certes, porte à présumer que l'odontalgie était de même nature que le lumbago antécédent et les douleurs articulaires consécutives.

On trouve, dans une observation recueillie par Pinel (*Nosogr. phil.*, Rhumat. fibreux, § I[er]), un exemple semblable d'odontalgie survenue pendant le cours d'une affection rhumatismale très mobile.

Frédéric Hoffmann considérait un grand nombre d'odontalgies comme rhumatismales. (*Tr. de la Goutt. et du Rhum.*, traduit par Bruhier, p. 98 et seqq.)

Sauvages, sur le témoignage de Musgrave, avait posé comme espèce particulière l'*Odontalgia arthritica*. (*Nosol. method.*, class. VII, gen. *Odontalg.*, sp. 6.).

§ III. — A la dure-mère.

Peut-être la dure-mère, en tant qu'organe fibreux, est susceptible de douleurs rhumatismales. Mais, le cas échéant, il serait fort difficile de le diagnostiquer parmi toutes les espèces possibles de céphalalgie; lors même qu'il y aurait eu à plusieurs reprises succession alternative de la douleur de tête, et d'un rhumatisme extérieur bien évident, on ne pourrait se prononcer d'une manière affirmative, et aller au-delà d'une simple conjecture. Car la douleur, en cas pareil, étant profonde, et n'augmentant point par la pression comme en cas de rhumatisme épicrânien, se confond avec toutes les douleurs intracrâniennes.

§ IV. — A la sclérotique.

Dans ces derniers temps, quelques médecins avaient voulu qu'on regardât comme rhumatismale toute ophtalmie bornée à la sclérotique, à cause de

la nature anatomique de cette membrane. Mais c'est là évidemment une exagération. Il y a, sans contredit, des inflammations articulaires, et pour employer le langage favori de notre siècle, des arthrites, qui ne sont point rhumatismales ; prétendre le contraire, c'est sacrifier la vérité à l'esprit de système. Hé bien ! ce n'est pas non plus une prétention exacte que de réduire à un seul et même principe toutes les inflammations de la sclérotique, laquelle, sans aucun doute, peut s'enflammer purement et simplement par suite d'une plaie, ou de toute autre violence extérieure. Or, ces inflammations traumatiques ne peuvent raisonnablement être considérées comme identiques à une inflammation spécifique telle que le rhumatisme. Mais celle-ci doit être admise et reconnue, quand la sclérotique devient le siége d'une douleur, et que la rougeur de la conjonctive n'apparaît que consécutivement, sans supersécrétion catarrhale, et cela chez un individu antérieurement atteint de rhumatismes évidens avec lesquels ces symptômes ont alterné. En pareil cas, il faut employer les mêmes moyens de traitement que pour les rhumatismes viscéraux, dont nous nous sommes occupés dans les sections précédentes.

SECTION VIII.

DOIT-ON ADMETTRE UN RHUMATISME DES NERFS?

Reste enfin une dernière question relativement au siége du rhumatisme : c'est à savoir si les nerfs sont susceptibles d'être atteints aussi de cette affection. Ils ont bien une structure fibrillaire comme les muscles, et offrent avec ceux-ci une étroite connexité de fonctions, de sorte qu'on pourrait croire de prime abord qu'ils doivent, et par analogie anatomique et par relation physiologique, contracter les mêmes maladies. Mais, si la cause rhumatismale peut, selon toute vraisemblance, produire une affection douloureuse des cordons nerveux, mieux vaut donner à cette affection le nom générique de névralgie que celui de rhumatisme : car, après tout, le tissu des nerfs est essentiellement différent de celui des muscles; c'est un tissu *sui generis*, dont les maladies doivent aussi, en conséquence, former un genre à part.

Cependant, il faut l'avouer, il y a de frappans rapports de ressemblance entre certaines névralgies des membres et les rhumatismes. En effet, par exemple, les névralgies crurale ou sciatique se présentent sous deux formes diverses. Sous la première forme, elles consistent dans des accès qui ne durent d'ordinaire que cinq à six minutes, et tout au plus une heure : chaque accès se compose de la répétition rapprochée d'élancemens excessivement douloureux qui se produisent comme par secousses électriques; il est quelquefois provoqué, au milieu du

calme le plus complet, par le mouvement du membre ou par les efforts de défécation, comme les accès de névralgie faciale le sont par la mastication : dans l'intervalle des accès, le malade ne ressent aucune espèce de douleur. Sous la seconde forme, qui est même la plus commune, la douleur ne sévit point par crises instantanées et intermittentes; elle existe toujours d'une façon permanente et sourde; elle s'exaspère par le mouvement, mais ne cesse point complètement par le repos; après l'exacerbation, il y a rémission, mais non pas calme absolu. Il est extrêmement probable que ces deux formes de névralgie crurale ou sciatique se rattachent à des causes diverses. La première est analogue à la névralgie faciale, et réclame spécialement l'emploi des pilules de Méglin et des narcotiques à haute dose. La seconde est certainement beaucoup plus semblable à un rhumatisme musculaire qu'à la névralgie faciale; elle survient d'ordinaire chez les rhumatisans, et alterne fréquemment avec les rhumatismes proprement dits. M. Chomel citait déjà dans sa *Thèse* (p. 56) quatre cas où le rhumatisme avait cessé par l'apparition d'une névralgie sciatique. Depuis, dans une pratique de plus de vingt années, il a souvent vu le même fait se produire.

Dans le cours de cet ouvrage, deux observations ont déjà offert de tels exemples (I[re] et VI[e] observ.). Voici encore un cas pareil, également observé à la Clinique, lors des leçons de M. Chomel.

XXVI[e] OBSERVATION (1).

Rhumatisme articulaire aigu. Quatrième attaque, à un intervalle de vingt ans depuis la première. Cause probable : profession de blanchisseuse Rhumatisme musculaire, combiné au rhumatisme articulaire. Névralgie sciatique et crurale dans le cours de l'affection. Saignée non couenneuse. Guérison au bout de douze jours depuis l'entrée, et de vingt jours depuis l'invasion, par une seule saignée et deux applications de sangsues.

Le 25 août 1834, entra à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle St-Lazare, n. 11, la femme Boisgontier, blanchisseuse, âgée de 39 ans, douée d'une bonne constitution.

Elle avait eu des attaques antérieures de rhumatisme articulaire. La première attaque était survenue à l'âge de dix-neuf ans, et avait duré cinq semaines. La seconde attaque, venue neuf ans après, avait duré environ un mois. La femme Boisgontier renonça alors à son état de blanchisseuse, qui l'exposait habituellement au froid et à l'humidité; mais elle s'y remit au bout de quatre ans. Elle eut, il y a trois ans, une nouvelle attaque dans laquelle les douleurs furent excessivement aiguës. Dans ces trois attaques, ce fut toujours dans les membres que siégea le mal.

Actuellement, cette femme est prise pour la quatrième fois : l'invasion de la maladie eut lieu il y a huit jours, on ne peut savoir à quelle occasion. Il y eut d'abord de la fièvre, avec rhumatisme des deux genoux et des deux coude-pieds; quatre jours

(1) Recueillie par M. Patouillet, sous les yeux de M. Chomel.

après, les douleurs se portèrent dans les bras. La malade avait toujours conservé son appétit, et ne s'était point abstenue de manger.

26 août (lendemain de l'entrée, et première visite). Épaule et coude gauches douloureux dans le mouvement et à la pression. Les articulations correspondantes du bras droit ne deviennent douloureuses que dans la contraction nécessaire pour mouvoir le membre. Point de gonflement ni de rougeur aux articulations malades. Point de fièvre. Bon appétit. Enfin, toutes les fonctions à l'état normal, sauf les mouvemens des parties rhumatisées. (Prescription : *Saignée, 3 palettes; cataplasmes; chiendent; quart de portion sans vin, 2 tasses de lait.*) – Le sang tiré de la veine ne fut pas couenneux, mais cependant très ferme.

27 août. Bras droit complètement dégagé. Coude gauche également libre. Épaule gauche encore un peu douloureuse. Poignet gauche douloureux, gonflé et d'un rose luisant; toutes les articulations du métacarpe avec les doigts, et des phalanges entre elles, à la main gauche, sont douloureuses, rouges et tendues; les doigts sont dans la flexion. La malade n'a pas dormi, n'est pas allée à la selle; mais elle est toujours bien quant aux autres fonctions, et a même grande faim. (Prescription : *Catapl.; chiendent; lavement; quart et quatre tasses de lait.*)

28 août. Insomnie. Même état. (Prescription : *Douze sangsues sur la face dorsale de la main;* le reste, *ut suprà.*)

29 août. Sommeil. Les doigts, devenus libres,

peuvent s'étendre sans douleur; mais il y a toujours rougeur, chaleur et gonflement aux articulations du carpe avec le radius et avec le métacarpe, et des deux rangées du carpe entre elles. L'épaule gauche est toujours un peu douloureuse. (Prescription : *Dix sangsues autour du poignet*, etc.)

30 août. État général toujours bon. Le poignet gauche, quoique toujours un peu rouge et gonflé, n'est plus douloureux dans les mouvemens de flexion et d'extension ; mais il est encore excessivement sensible à la pression extérieure. Pendant la nuit il est survenu une douleur dans la partie supérieure et externe du bras (muscle deltoïde). Il n'y a plus rien à l'articulation de l'épaule. Rien au coude. (Prescription : *ut suprà.*)

31 août. Insomnie. Pouls fréquent (96). Poignet, bien. Partie charnue de l'avant-bras, en haut et en avant, douloureuse à la pression et lors des mouvemens ; l'articulation cubito-humérale est libre. Le petit orteil du pied gauche est douloureux, mais seulement lors de la station, et cela sans rougeur ni gonflement : la douleur s'étend de dessous cet orteil comme une ligne jusque derrière le genou, puis le long de la région interne de la cuisse jusqu'à l'aîne. — Il n'y a d'autre moyen d'expliquer cette douleur que par une névralgie (*rhumatismale?*) des divisions inférieures du nerf sciatique, et puis du rameau saphène interne du nerf crural. (Prescript. : *ut suprà*, *mais diète absolue*.)

1er septembre. Insomnie. Pouls fréquent. Avant-bras moins douloureux. Depuis ce matin seulement, la douleur névralgique a disparu : il n'y a plus que

le derrière du genou qui soit un peu douloureux. (Prescription : *ut suprà.*)

2 septembre. Sommeil. Pouls moins fréquent que la veille (84). Rien à l'avant bras et au genou. Articulation coxo-fémorale droite un peu douloureuse pour la première fois. (Prescription : *ut suprà.*)

3 septembre. La hanche droite est un peu mieux. Aîne gauche, un peu douloureuse. Faim très vive. (Prescription : *Bain; catapl.; quatre soupes.*)

4 septembre. La malade a senti pendant la nuit la douleur partir, pour ainsi dire, de l'articulation de la hanche droite et se propager successivement jusque derrière l'omoplate gauche et à l'épaule du même côté. Pouls normal (72). Faim impérieuse. (Prescription : *Catapl.; bain; quart de portion.*)

5 septembre. Sommeil très bon. Pouls faible et lent (68). Il n'y a plus que de la raideur à l'épaule et au genou. La malade a marché hier sans douleur, mais avec difficulté. (Prescription : *ut suprà.*)

Depuis lors, la malade alla recouvrant ses forces, et ne ressentant que quelques légères douleurs çà et là : elle sortit le 22 septembre, en un parfait état de santé.

Cette coïncidence de la névralgie sciatique avec les affections rhumatismales et goutteuses s'observe trop fréquemment pour qu'il soit permis de la mettre sur le compte du hasard ; en cas pareil, il est vraisemblable de regarder la névralgie sciatique, sinon comme un rhumatisme, du moins comme une affection d'origine rhumatismale. Ce n'est donc pas

sans raison que les anciens avaient qualifié cette maladie de *goutte sciatique*, et que Sauvages, entre autres, reconnaît à titre d'espèce nosologique l'*Ischias arthriticum* (*Nos. Meth.*, class. VII, genr. XXXI, sp. 11).

Pareillement, certaines paralysies partielles, qui surviennent dans le cours d'un rhumatisme, ainsi que la VIIIe observation nous en offre un exemple; certains cas d'hémiplégie faciale qui ne doivent pas être rapportés à une hémorragie intra-cérébrale, mais à une paralysie subite de la portion dure de la 7e paire: ce sont là encore des affections qu'il n'est pas invraisemblable de rapporter à la cause rhumatismale. Mais, cette étiologie fût-elle hors de contestation, toujours est-il qu'il y a là une maladie tout autre qu'un rhumatisme. Les muscles ne sont pas douloureux, mais paralysés, ce qui est l'inverse du rhumatisme.

ARTICLE V.

NATURE DU RHUMATISME.

Maintenant que nous avons accompli l'étude descriptive et thérapeutique du rhumatisme partout où il siége évidemment et où il paraît pouvoir siéger, avons-nous entièrement fini notre tâche, et devrions-nous clore ici notre monographie ? Non certes. Car il nous reste une importante question à examiner, c'est à savoir quelle est la nature du rhumatisme.

Assurément, en un certain sens, c'est chose impossible que de résoudre un tel problème. Le plus mince écolier de métaphysique sait bien que l'intelligence humaine n'est pas faite pour connaître la nature intime d'aucun être ni d'aucun phénomène. Mais, ce que nous pouvons connaître par une comparaison réfléchie des faits qui tombent sous la portée de notre entendement, c'est que tels ou tels êtres, tels ou tels phénomènes sont ou non de même nature. Ce que cette proposition peut avoir d'obscur pour les esprits peu familiers avec les abstractions métaphysiques, éclaircissons-le sur le champ par un exemple emprunté à ces sciences qu'on nomme *exactes* et *positives* par excellence. Depuis les sublimes calculs de Newton, il est démontré que la révolution de la lune autour de la terre, comme

celle de la terre elle-même et des autres planètes autour du soleil, est un fait de même nature que la chute des graves; mais, au fond, on ignore encore et on ignorera toujours quelle est la nature intime de cette force générale de gravitation ou attraction, suprême régulatrice de notre système planétaire.

Hé, bien! pareillement, pour en revenir à notre sujet, nous autres pathologistes, sans porter nos prétentions ni plus ni moins haut que les physiciens, nous devons nous demander si les maladies rhumatismales sont de nature identique à telle ou telle autre classe de maladies, aux inflammations, par exemple, ou aux névroses, etc., ou bien, enfin, si elles ont un caractère à part, et, comme on dit, une nature spécifique.

Mais, avant même d'aborder cette question fondamentale, il convient de vider une question préalable, celle de savoir s'il y a lieu d'établir une distinction essentielle et radicale entre la goutte et le rhumatisme, et si la séparation mise entre ces deux maladies par le langage vulgaire n'est pas plus nominale que réelle. Dans le cours de cet ouvrage, nous avons été plus d'une fois obligés de faire connaître d'avance, ainsi que l'exigent souvent les nécessités synthétiques de l'enseignement, la conclusion par nous adoptée sur cette dernière question. Le moment est venu, maintenant, d'exposer à nos lecteurs les considérations sur lesquelles nous appuyons notre opinion : c'est ce que nous allons faire dans la première section de cet article.

SECTION PREMIÈRE.

IDENTITÉ DU RHUMATISME ARTICULAIRE ET DE LA GOUTTE.

Qu'à l'exemple de Sauvages et d'un grand nombre de médecins des siècles précédens on distingue génériquement le rhumatisme et la goutte (*arthritis*), en définissant celui-là une affection douloureuse des muscles, et celle-ci une maladie caractérisée par des douleurs articulaires spontanées (c'est-à-dire, produites sans violence extérieure) ; nul doute qu'en ce sens la distinction ne soit très légitime et très bien fondée. C'est établir la séparation nosologique que nous avons établie nous-mêmes, dans un autre langage, entre le rhumatisme musculaire et le rhumatisme articulaire. Qu'on se rappelle combien de différences saillantes nous avons pu signaler entre l'un et l'autre ! Mais, d'autre part, il faut l'avouer, il y a d'importans points de contact. Et ce qui semble surtout autoriser non seulement à rapprocher, mais à confondre les deux affections, c'est que très souvent elles alternent l'une avec l'autre, ou existent toutes deux en état de contiguité ou plutôt de continuité chez un même sujet, comme nous l'avons démontré ailleurs (art. II, sect. Ire, § V). En pareil cas, la plupart des médecins n'ont pas vu là une complication fortuite et accidentelle de deux maladies, mais une seule et même maladie sous des formes différentes à raison de la diversité des tissus affectés. Il y a donc eu évidence à reconnaître que les affections arthritiques

ont une affinité intime avec les douleurs rhumatismales des muscles; et de là, la locution toute moderne de *rhumatisme articulaire*. Tous les médecins sont d'accord sur ce point : tous admettent et le nom et la chose, du moins quant aux grandes articulations.

Mais quelques-uns veulent encore admettre, sous le nom de goutte, une maladie essentiellement différente du rhumatisme articulaire.

Mais voyons donc par quels moyens les partisans de cette opinion prétendent reconnaître et distinguer la goutte.

Serait-ce, d'abord, parce que la goutte affecte les petites articulations, et notamment celles du gros orteil, à l'exclusion des grandes articulations?

Sans doute, il est bien clair que les symptômes du rhumatisme articulaire ne devront pas être tout-à-fait les mêmes à la hanche et aux phalanges. Si le rhumatisme siége dans une grande articulation, il n'y a que peu ou point de gonflement manifeste : si dans une articulation de moyenne grandeur, comme le genou, le coude, etc., alors la rougeur et le gonflement se prononcent un peu : si dans une petite articulation, c'est bien pis encore. Mais sont-ce là des différences tranchées et essentielles? Assurément non; car ce sont de simples nuances dont on voit la gradation correspondre au plus ou moins d'épaisseur des parties interposées entre l'articulation même et l'enveloppe tégumentaire.

De plus, chez bon nombre de *goutteux*, les grandes et les petites articulations sont prises simultanément. Quel cas faire alors de ce prétendu signe

pathognomonique qu'on a cru trouver dans une préférence exclusive de la goutte pour les petites articulations ?

Ainsi, dès que vous aurez admis qu'il y a, comme on l'indique par la communauté du nom générique, une analogie frappante entre le rhumatisme musculaire et le rhumatisme articulaire, force vous sera bien alors d'admettre une parenté entre ce qu'on nomme goutte et le rhumatisme articulaire : car, de celle-là à celui ci la ressemblance est bien plus frappante encore que de celui-ci au rhumatisme musculaire.

Quant aux troubles digestifs qu'on dit exister plus particulièrement avec la goutte qu'avec le rhumatisme simple et ordinaire des grandes articulations, l'observation ne nous a rien moins que démontré cela : nous avons même plutôt observé le contraire : nous avons vu, en général, les sympathies morbides de l'estomac se prononcer d'autant plus vivement que les articulations rhumatisées étaient plus considérables.

On a encore signalé comme caractères de la goutte sa transmission héréditaire de génération en génération, ses rapides changemens de siége, la périodicité de ses attaques; mais, encore un coup, ne sont-ce pas là des caractères propres au rhumatisme articulaire ?

Toutes les formes sous lesquelles on représente la goutte rentrent exactement dans celles du rhumatisme articulaire. Et d'abord, la goutte dite régulière, c'est-à-dire celle qui éclate dans les petites articulations avec tous les symptômes ordinaires de

l'inflammation, n'offre certainement aucune différence. Mais les partisans de la spécificité de la goutte appuient particulièrement leur opinion sur les *gouttes irrégulières*. Hé bien! examinons un peu ce point, et vraiment nous n'y trouverons rien qui nous induise à penser comme eux.

Ainsi, que voyons-nous dans la *goutte atonique*, caractérisée, dit-on, par des douleurs vagues dans les membres et dans les diverses régions du tronc, et par une affection chronique du tube digestif, et tout cela sans signes évidens d'une inflammation vraie, pas plus en dedans qu'en dehors? C'est tout simplement une complication fort naturelle des rhumatismes musculaires ordinaires avec le rhumatisme gastro intestinal que nous avons décrit dans un article spécial. Somme toute, c est donc là, à proprement parler, un rhumatisme musculaire plutôt qu'une goutte: car il n'y a là ni petites ni grandes articulations qui soient affectées.

Et la *goutte rentrée*, cette brusque explosion, en un viscère quelconque, d'accidens inflammatoires, ou apparemment tels, par suite de la délitescence de l'affection articulaire, qu'est ce autre chose qu'une de ces métastases que nous avons signalées dans l hi toire du rhumatisme, et qui n'apparaissent pas moins souvent durant l'affection des grandes articulations que durant celle des petites?

Parlerons-nous de la *go tte mal placée*, ce Protée aux mille formes, dont peu de médecins d'aujourd hui tiennent sérieusement compte, mais qui, sur la foi de vieilles autorités, peut encore sembler à quelques-uns une réalité, et non pas un vain mot?

Ici, il n'y a plus simultanéité, ou du moins succession immédiate de la disparition d'une maladie articulaire, et de l'invasion d'une affection viscérale. C'est que seulement, à en croire certains médecins, un goutteux ne pourrait jamais avoir que des maladies goutteuses, fût-ce la plus franche pneumonie, fût ce une apoplexie, et cela même long temps après la dernière attaque de goutte. Mais c'est une prétention dénuée de toute vraisemblance que de ramener à une seule et commune étiologie les maladies les plus diverses sous le rapport de leur siége, de leurs symptômes et de leur marche, par cela seul qu'elles se déclarent chez un individu atteint d'une certaine diathèse morbide. Tout n'est pas cancer chez un cancéreux, ni vérole chez un vérolé, ni goutte non plus chez un goutteux. Que certaines affections intérieures soient de nature rhumatismale, ou, si l'on aime mieux, goutteuse (nous employons indifféremment l'une et l'autre expression), oh! cela est vrai, mille fois vrai, et, par notre article sur les rhumatismes viscéraux, nous espérons contribuer, pour notre part, à vulgariser cette vérité. Mais, encore un coup, ces rhumatismes internes ne sont pas plus propres aux goutteux proprement dits, c'est-à-dire, à ceux chez lesquels les petites articulations se sont enflammées, qu'à ceux qui n'ont jamais eu de rhumatisés que les muscles de la vie animale ou les grandes articulations.

Nous ne voyons donc rien qui, sous le rapport du siége, tende à faire considérer la goutte, ou inflammation des petites articulations, comme une maladie essentiellement distincte de l'inflammation rhumatismale des grandes articulations.

Mais, a-t-on dit, si la goutte ne diffère point du rhumatisme articulaire quant au siége, elle en diffère certainement quant aux individus qu'elle attaque ; elle épargne les classes pauvres et ouvrières, et ne sévit que sur les riches ; aussi n'a-t on jamais occasion de l'observer dans les hôpitaux. Certes, le pauvre ne vient pas, d'ordinaire, à l'hôpital pour un orteil ou un doigt rhumatisé ; il ne consulte même pas, la plupart du temps, un médecin ; il ne réclame guère les secours de l'art que lorsqu'il est complètement perclus d'un ou plusieurs membres, et forcément obligé, par là, d'interrompre ses pénibles travaux : voilà ce qui explique et justifie en quelquesorte le préjugé que nous venons de formuler au commencement de cet alinéa. Mais on aurait grand tort de croire que, chez les pauvres, la maladie ne débute jamais par les petites articulations. M. Chomel affirme en avoir vu des exemples : s'il m'est permis d ajouter mon faible témoignage au sien, je dirai que des faits pareils se sont offerts à moi dans ma pratique de médecin des dispensaires ; et, certainement ils sont bien indigens et bien misérables ceux qui viennent, dans leurs maladies, réclamer l'assistance de la Société philantropique. Qu'on cesse donc de faire de la goutte une sorte de maladie privilégiée et aristocratique, faisant fi des *cases étroites*, et n'habitant que les *palais si grands, si beaux, si bien dorés*(1). Ne semble-t-il pas en vérité que les riches et les puissans du siècle aient voulu, jusque sur un lit de douleur, se distinguer encore de la plèbe par le nom même de leurs infirmités ?

(1) La Fontaine. *La Goutte et l'Araignée.*

On a voulu que les concrétions tofacées fussent le signe caractéristique et pathognomonique de la goutte. Mais cela est encore vain ; car, si un individu est tout à la fois pris de rhumatisme dans les grandes et dans les petites articulations, ce n'est que dans ces dernières qu'on voit les tofus se former sur la fin de l'affection rhumatismale. Cette différence ne doit donc pas être attribuée à une différence de nature entre le rhumatisme des grandes articulations, et celui des petites, mais à la seule différence de siége. Autrement, comment expliquer que la goutte, lorsqu'elle se porte des orteils au genou, détermine si rarement, ici comme là, la formation de tofus ?

On a encore signalé la fréquente coïncidence de la goutte avec la gravelle. Scudamore, Sydenham, Morgagni et une foule d'autres observateurs l'ont rencontrée. On en a voulu inférer qu'il y avait une communauté d'origine, une sorte de fraternité entre ces deux affections, ce qui militait, par conséquent, en faveur de la spécificité de la goutte, attendu que la même coïncidence ne s'observait pas à l'égard du rhumatisme. Mais, faisons attention qu'on tournait là dans un cercle vicieux. Une fois qu'on avait complaisamment admis ce principe que la goutte était la maladie des gens riches, et le rhumatisme celle des gens pauvres, cette différence de l'une avec l'autre sous le rapport de la coexistence de la gravelle s'ensuivait nécessairement. Evidemment les riches ont l'incontestable et triste privilège d'être plus sujets que les pauvres à la gravelle, qui reconnaît pour causes principales une vie oisive et la bonne chère, et qui se guérit pres-

que sûrement, on le sait, par un emploi actif des forces musculaires et par le renoncement à une alimentation trop nutritive. Or, si un riche gastronome, tout en demeurant condamné au repos par une affection articulaire chronique n'en continue pas moins son régime ordinaire, il se destine presque inévitablement aux souffrances de la gravelle. Mais ce sera là une complication accidentelle, et non pas une conséquence nécessaire de la goutte. Car, suivant la remarque du docteur Aubry dans son excellente thèse inaugurale *Sur les causes de la gravelle* (1833, n° 10), c'est fort à la légère que Scudamore a posé en règle générale que les individus goutteux sont tôt ou tard affectés de gravelle ou rendent une urine qui dépose un sédiment rosé : ce n'est point là du tout le résultat statistique des observations particulières que cet auteur a recueillies et données ; la gravelle ou le sédiment rosé n'y figurent parmi les circonstances commémoratives, ou parmi les symptômes actuels, que dans le quinzième des cas.

Cette opinion de M. le professeur Chomel, sur l'identité du rhumatisme et de la goutte, n'est certainement pas une idée conçue *à priori* ; elle est bien, chez lui, le fruit d'une expérience consommée et mûrie. Car, dans sa thèse inaugurale, il regardait, suivant le préjugé général, les deux maladies comme distinctes. C'est qu'alors il n'était guère versé que dans la pratique des hôpitaux, et qu'il n'avait eu là à voir que peu de ces malades qu'on nomme particulièrement des goutteux, et qui se trouvent surtout dans la classe riche. Depuis, la clientèle civile l'a mis à même de se faire une opinion là-dessus

d'après ses propres observations, et non sur la simple parole des praticiens du grand monde.

Donc, en définitive, rien ne légitime une distinction fondamentale entre la goutte et le rhumatisme articulaire ordinaire. Comme celui-ci, la goutte est tantôt héréditaire, tantôt acquise, sévit indistinctement sur toutes les classes de la société, récidive fréquemment chez les individus qui en ont été une fois atteints, se déplace d'une articulation à une autre, et rétrocède à l'intérieur; et, ce qui est plus important encore à noter, c'est qu'il y a très souvent simultanéité de la goutte avec le rhumatisme des grandes articulations, ou transformation réciproque de celle-là en celui-ci, et de celui-ci en celle-là : enfin, il n'y a entre les symptômes et les lésions de l'une et l'autre affection que de très légères différences, imputables à la différence de siége. Donc la goutte doit être considérée, en bonne nosologie, comme identique au rhumatisme : ou tout au plus, si l'on veut, elle peut être mentionnée à part comme une simple variété.

De tout ce qui précède, il résulte que les goutteux doivent être traités comme les rhumatisans. A une certaine époque, en cas de goutte atonique, et même de goutte rentrée ou mal placée, on prescrivait les toniques et les amers. Une pneumonie survenait-elle chez un goutteux : on craignait de l'attaquer vigoureusement par les moyens antiphlogistiques, et on insistait surtout sur les sudorifiques. Mais aujourd'hui on a renoncé à ces idées. On se garde bien, et avec raison, de ne pas combattre toutes les maladies accidentelles d'un goutteux aussi énergiquement que possible à l'aide des moyens ordinaires.

SECTION II.

LE RHUMATISME A UNE NATURE PROPRE ET SPÉCIFIQUE.

Venons enfin à la dernière question de notre sujet : c'est à savoir si le rhumatisme est ou non une pure et simple inflammation.

Certes, dans un grand nombre de cas, le rhumatisme apparaît avec tout le cortége des symptômes inflammatoires. Mais nous avons vu qu'il n'en est pas toujours ainsi : et ce n'est pas ici le cas de dire que l'exception confirme la règle. Une maladie franchement et essentiellement inflammatoire, comme, par exemple, la pneumonie ou la pleurésie, garde, en toute circonstance et sans exception, le caractère d'inflammation. Mais, dans le rhumatisme, il n'y a souvent que la douleur qui constitue, à elle seule, tout le mal; d'autres fois, à la douleur il se joint seulement de la chaleur; quelquefois même, par opposition à la loi des inflammations, c'est un sentiment de froid qui coexiste avec la douleur; et celle-ci en bon nombre de cas n'est point exaspérée par la pression, mais, au contraire, soulagée par le frottement. Puis, si un malade atteint de rhumatisme musculaire vient à succomber, l'examen nécroscopique ne montre point que l'état du muscle affecté diffère en rien de l'état sain : aucune altération anatomique ne peut être découverte; on ne trouve pas même, dans le tissu cellulaire des interstices musculaires, les moindres traces d'une augmentation d'exhalation, ce cachet ordinaire des inflammations à leur plus faible degré.

Mais, dira-t-on, si dans ces cas exceptionnels la nature du rhumatisme semble se dérober à nos regards, ne se révèle-t-elle pas clairement dans tous les autres cas sous cette forme inflammatoire qui en rend sensibles les véritables caractères par une sorte de grossissement pathologique ? Nous répondrons que même sous cette forme le rhumatisme a des caractères propres qui le distinguent d'une phlegmasie pure et simple. Et d'abord, l'inflammation n'est point, d'ordinaire, bornée à une seule partie du corps, mais se trouve disséminée sur plusieurs points. Or, toutes et quantes fois nous trouvons, à la surface ou à l'intérieur du corps, quinze, vingt, cent ou mille foyers d'inflammation, comme, par exemple, dans la variole, dans la rougeole, dans la syphilis, etc., notre raison est obligée d'admettre l'existence d'une cause unique et commune à laquelle toutes ces inflammations disséminées se rattachent; et c'est cette cause même, (virus, miasme, ou principe, ou sous tel autre nom qu'il vous plaira de lui donner) qui fait le fond et l'essence de la maladie, et que les bons esprits ne doivent pas perdre de vue pour ne songer qu'à ces phlegmasies partielles qui en sont, il est vrai, la plus ordinaire manifestation, mais qui cependant peuvent quelquefois manquer, la maladie demeurant essentiellement la même. Ainsi, les plus grands médecins ont admis que la variole a quelquefois lieu sans pustulation, sans phénomènes exanthématiques. Ainsi, la fièvre typhoïde peut se développer et être mortelle, sans lésion des plaques de Peyer. Ainsi, pour revenir à notre sujet, la cause du rhumatisme articulaire ne sévit pas tou-

jours sur les articulations; mais, comme nous l'avons montré, trouble directement, idiopathiquement et isolément certains viscères.

En second lieu, une inflammation franche et véritable a d'abord une période d'accroissement, puis une période de déclin, et se trouve par conséquent soumise à des conditions déterminées de durée. Mais le rhumatisme disparaît tout à coup du point qu'il avait primitivement envahi, se porte ailleurs, puis revient à son premier siége : il n'a pas plus de périodes fixes, pas plus de durée déterminée, que n'en a, par exemple, une urticaire qui vient, s'en va, et revient instantanément, par suite de l'usage des moules, ou toute autre cause appréciable ou non, et qui ne saurait être, en vérité, considérée comme une franche inflammation de la peau. Une telle mobilité, une telle indétermination dans la durée, ce sont là des caractères incompatibles avec l'inflammation franche, telle que nous en offre le véritable type celle qui succède à l'action d'une cause traumatique.

Troisièmement, nous avons vu que souvent, dans le cours d'une fièvre rhumatismale, les articulations rhumatisées redeviennent tout-à coup indolentes et libres, que tous les phénomènes d'arthrite cessent complètement pendant deux ou trois jours, et que cependant l'appareil des symptômes fébriles continue à se maintenir : ce qui, avons-nous dit, présage l'infaillible réapparition d'une ou plusieurs arthrites? Hé bien ! alors, peut-on prétendre que, dans le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre ne soit que le résultat sympathique et consécutif des

arthrites. N'y a-t-il pas là une sorte d'entr'acte, pendant lequel la fièvre subsiste toute seule sans inflammation articulaire? Cette inflammation ne constitue pas, à elle seule, toute la maladie.

Quatrièmement enfin, il n'y a pas un seul exemple de rhumatisme qui se soit terminé par gangrène, et il n'est pas du tout certain que la terminaison par suppuration ait jamais lieu. Nous avons vu en effet que cette dernière terminaison est complètement inadmissible à l'égard du rhumatisme musculaire, et très peu probable à l'égard du rhumatisme articulaire! Or, il serait singulier que le rhumatisme, si c'était une inflammation, ne présentât pas toutes les terminaisons naturelles des inflammations.

Que conclure donc de tout cela? C'est que le rhumatisme ne doit pas être rangé parmi les phlegmasies proprement dites; et que, lorsqu'il se présente sous la forme inflammatoire, l'inflammation n'est point idiopathique mais symptomatique, et qu'elle a une nature spécifique. C'est ce que Stoll avait bien senti lorsqu'il a tracé son admirable parallèle entre l'inflammation rhumatismale et l'inflammation vraie. (*Rat. medend.*, I. 50.)

Que dire de l'opinion de Stahl, (*Th. med. ver.*, p. 60.), qui, vu l'extrême analogie des douleurs rhumatismales avec celles qui précèdent les hémorragies, avait considéré le rhumatisme comme un effort hémorragique (*molimen hœmorrhagicum*) universel qui n'est encore dirigé spécialement vers aucune partie? En vérité, une telle opinion n'est guère bonne à être citée que pour mémoire, à cause de la célébrité de l'auteur qui l'a émise.

De ce que le rhumatisme ne consiste souvent qu'en de simples douleurs, certains pathologistes ont conclu que c'était une maladie nerveuse, une *névrose*: mais, à raison de la fréquence des symptômes inflammatoires, on ne peut pas convenablement adopter une telle assimilation.

Il faut donc regarder les rhumatismes comme des maladies *sui generis*, et en faire une classe à part en nosologie, comme nous l'avons fait dans ce livre.

ESSAI

SUR

LE RHUMATISME.

THÈSE SOUTENUE EN 1813

PAR A. F. CHOMEL.

« *Seclusis practicis observationibus, id quod vel mihi,*
» *vel alii cuilibet pro ratione habetur, nihil fortassis*
» *erit aliud, quàm rationis umbra aut phantasma.* »

SYDENHAM, Diss. epist. de variol. confl. cur. 240.

On comprend aujourd'hui sous le nom de *rhumatisme* une série d'affections très-variées, soit sous le rapport de leur siége, de leur marche et de leur durée, soit par les combinaisons diverses et les nuances infinies des symptômes locaux ou généraux qu'elles présentent. En considérant cette multitude de lésions, qui d'abord paraissent si différentes, on ne tarde pas à reconnaître plusieurs points de contact qui les unissent l'une à l'autre. On les voit presque toutes se porter successivement dans diverses parties, cesser après un temps plus ou moins long, et plus tard se reproduire encore sous la même forme qu'elles présentaient précédemment, ou sous des formes nouvelles. Par un examen attentif, on découvre souvent dans le rhumatisme, qui paraît fixe, la mobilité qui forme un des principaux attributs de cette maladie. Dans le lumbago, par exemple, on voit la douleur tantôt se porter plus haut ou plus bas, tantôt s'éloigner ou se rapprocher des apophyses épineuses ou des tégumens, de manière que la pression extérieure, tantôt en augmente l'intensité, et tantôt est sans effet sur elle. On peut de même fréquemment recon-

naître une tendance marquée à la récidive, lorsque le rhumatisme se manifeste pour la première fois, à ces douleurs passagères qui, dans le cours des années antérieures à l'invasion de la maladie, avaient, pendant quelques minutes ou quelques heures, gêné les mouvemens de certaines parties; mais qui jusque-là avaient été tellement fugaces et légères, que les malades y faisaient peu d'attention et les oubliaient aussitôt qu'elles avaient disparu. Ainsi, voilà deux grands caractères, la mobilité et la tendance à des retours réguliers ou irréguliers, qui sont communs aux diverses affections rhumatismales, et qui les séparent de presque toutes les maladies avec lesquelles on pourrait les confondre : mais, comme je l'ai fait pressentir, cette mobilité, ces retours périodiques qu'on observe si souvent ne sont pas néanmoins constans dans cette affection, et peuvent se rencontrer dans d'autres; il est donc nécessaire d'assigner un nombre de symptômes qui se présentent toujours dans cette maladie, et ne s'offrent réunis dans aucune autre : or, dans tout rhumatisme, on distingue, au milieu d'autres phénomènes variables, une douleur continue ou intermittente, correspondante aux parties musculaires ou fibreuses, ne commençant jamais par les petites articulations, augmentant par la pression extérieure, et surtout par le mouvement spontané, accompagnée quelquefois de chaleur, de gonflement, de rougeur et de phénomènes généraux, sans aucun trouble particulier des organes digestifs.

Cette maladie a été confondue avec la goutte, sous la dénomination d'*arthritis*, par les anciens médecins, qui paraissent l'avoir connue, mais qui n'en ont parlé que d'une manière peu précise. Ils lui donnaient ainsi un autre nom que celui qu'elle porte aujourd'hui, et sous le titre de *rhumatisme* ils désignaient des affections tout-à-fait différentes. Ceux qui ont employé d'abord le mot ρευματισμος, *Galien*, *Paul d'Ægine*, *Alexandre de Tralles*, lui ont donné à peu près le même sens qu'*Hippocrate* attachait aux mots κα-

ταρροι, ρευματα. Aucun d'eux ne semble avoir admis entre ces deux dernières expressions une différence analogue à celle que nous admettons entre *catarrhe* et *rhumatisme*.

Le mot *rhumatisme* tire son étymologie de ρεω, je coule, ρευμα, fluxion : abstraction faite des idées théoriques, qui sans doute l'ont fait adopter, il indique assez bien le passage de la maladie d'un lieu à un autre, l'espèce de congestion qu'elle y détermine ordinairement, et de plus, par sa terminaison, il exprime, d'une manière fort juste, une réunion d'affections partielles qui se manifestent à la fois ou se succèdent à de courts intervalles. On a beaucoup discuté sur l'époque à laquelle le rhumatisme a été observé pour la première fois ; plusieurs passages des livres d'*Hippocrate* portent à croire qu'il ne lui était pas inconnu. *Arétée* en a parlé d'une manière un peu moins obscure ; mais c'est *Baillou* qui, le premier, a décrit exactement le rhumatisme musculaire général, et l'a séparé de la goutte. Parmi les auteurs qui ont fait des traités particuliers sur ce sujet, *Hoffmann* et *Ponsard* méritent d'être distingués. Parmi ceux qui ont seulement consacré à cette matière quelques chapitres dans des traités généraux, je dois citer *Sydenham, Storck, Van-Swieten, Cullen,* comme ceux dont la lecture m'a été le plus utile. Mais c'est surtout dans les recueils d'observations des sociétés savantes qu'on trouvera les faits les plus précieux sur cette maladie. Dans ces derniers temps, elle a été l'objet de beaucoup de traités, de dissertations et de mémoires ; plusieurs jouissent d'une estime si générale, que je suis dispensé d'en faire l'éloge, et même de les indiquer.

La fréquence extrême de cette maladie, la plus commune sans doute de toutes celles qui affligent l'espèce humaine, m'a permis de l'observer un assez grand nombre de fois pour pouvoir ajouter quelques traits à certaines parties de son histoire, qui jusqu'ici n'avaient été que légèrement aperçues. J'aurais pu prendre un plus grand nombre d'observations, mais j'ai préféré donner à celles que je recueil-

lais plus de temps et d'attention, afin d'obtenir des résultats, moins étendus à la vérité, mais plus certains.

Du siége du Rhumatisme.

On possède en médecine deux moyens de reconnaître dans quelle partie du corps une maladie interne a son siége; le premier est seulement une conséquence des lois de la physiologie. Le désordre d'une fonction nous porte nécessairement à admettre une lésion quelconque dans l'organe auquel cette fonction est confiée. Le second repose sur les bases beaucoup plus solides de l'anatomie pathologique; il est le résultat d'une coexistence constamment observée entre une série déterminée de phénomènes morbides et une altération toujours semblable des mêmes parties. Le premier de ces moyens est applicable à presque toutes les maladies, et pendant long-temps sans doute il fut seul en usage. Le second, qui a répandu de si grandes lumières sur les affections organiques et la plupart des phlegmasies, n'a encore rien appris de certain sur les névroses, les fièvres et sur le rhumatisme; soit que les lésions qui produisent ces maladies ne soient point appréciables à nos sens, soit qu'on n'ait pas mis jusqu'ici, dans des recherches aussi délicates, toute l'attention nécessaire. Quelques faits épars dans les recueils d'observations porteraient à admettre, dans les muscles, les aponévroses, les tendons et les membranes synoviales, certains désordres de structure attribués au rhumatisme. Mais 1°, comme je le prouverai, la plupart de ces faits sont mal rapportés ou invraisemblables; 2° ils sont en très-petit nombre, comparés à la fréquence extrême du rhumatisme; et si ces lésions ne sont pas constantes, elles ne peuvent en déterminer ni la nature ni le siége; elles peuvent même être indépendantes de cette affection. Supposons en effet que, par une cause quelconque, un abcès se forme dans le tissu cellulaire interposé entre deux muscles profonds; il y aura douleur, sensibilité

à la pression, la contraction des muscles sera gênée, le tissu cellulaire qui unit les grands faisceaux de fibres pourra même s'enflammer sans qu'il se manifeste de gonflement à l'extérieur. On sera porté à croire, d'après les symptômes, que l'individu est affecté d'un rhumatisme; on n'aura même aucun doute sur ce sujet, s'il a été plusieurs fois atteint de cette maladie; qu'il vienne à succomber à cette époque, on publiera qu'on a vu un rhumatisme terminé par suppuration. Il en est de même de cette gélatine coagulée qu'on a trouvée quelquefois sur les aponévroses. *Cotunni* l'avait rencontrée dans le tissu cellulaire qui enveloppe les nerfs, et néanmoins personne ne déduit de ce phénomène, par rapport aux névralgies, la même conclusion qu'on a voulu en tirer au sujet du rhumatisme.

C'est donc uniquement par le trouble des fonctions que nous pouvons parvenir, sinon à connaître d'une manière certaine, du moins à indiquer, avec le plus de probabilité possible, les parties qui sont le siége du rhumatisme. De toutes les fonctions de l'économie, la locomotion est la seule qui soit constamment lésée dans cette affection. Elle a pour organes les muscles, les os et leurs annexes. Le tissu osseux lui-même, entièrement passif dans le mouvement, presque incapable d'être comprimé ou fléchi, et recouvert en général par une grande épaisseur de parties molles, pourrait bien être le siége d'une douleur continue ou intermittente; mais le simple mouvement, une pression légère sur les tégumens, et plus encore la simple contraction des muscles, sans aucun mouvement imprimé au membre, seraient insuffisans pour provoquer ou exaspérer cette douleur : la marche souvent aiguë du rhumatisme paraît d'ailleurs incompatible avec les propriétés connues des os. Tout au contraire porte à croire que le rhumatisme a son siége dans les muscles : leur contraction augmente constamment, et leur repos diminue toujours la douleur; ses degrés d'intensité suivent exactement les degrés de force et de vitesse avec lesquels le muscle se contracte; elle est

plus forte quand le muscle doit mouvoir le membre contre les lois de la pesanteur que dans les cas où la contraction et la pesanteur agissent dans le même sens ; un poids extérieur ajouté au poids naturel du membre l'augmente encore plus ou moins, et elle devient nulle ou presque nulle quand les mouvemens sont exécutés indépendamment de toute contraction des muscles placés dans le trajet de la douleur : enfin, le repos lui-même soulage d'autant plus qu'il est plus complet, et que le membre, entièrement abandonné à lui-même, n'a besoin d'aucune contraction, quelque faible qu'elle soit, pour conserver sa position. J'ajouterai encore qu'à la suite de cette affection les muscles offrent beaucoup plus de faiblesse, de raideur, et souvent d'atrophie que ne l'aurait pu produire le repos imparfait des membres pendant un temps plus ou moins long. Il est donc, sinon prouvé, du moins extrêmement probable que c'est dans les muscles que le rhumatisme a son siége.

En considérant ce qui se passe dans un rhumatisme aigu qui se montre au niveau d'une articulation, en voyant une inflammation manifeste du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau, qui paraît se propager de l'intérieur vers l'extérieur, peut-être serait-on porté à croire que c'est dans le tissu cellulaire interposé entre les faisceaux musculeux que réside cette affection. A cette objection, je répondrai d'abord que ces prolongemens celluleux qui pénètrent dans le corps d'un muscle en font aussi bien partie constituante que celles qui unissent ensemble les grains glanduleux des parotides ou des maxillaires, ou les vésicules qui forment le tissu du poumon, et qu'il n'est pas possible d'admettre une affection partielle du tissu cellulaire intermusculaire, à moins d'étendre cette proposition à celui des glandes et des viscères, et de doubler inutilement le nombre des phlegmasies. Mais, pour substituer des faits aux raisonnemens, comparons l'inflammation du tissu cellulaire et les phénomènes inflammatoires que détermine le rhumatisme sur le contour des articulations, et nous serons

convaincus bien plus fortement encore de la différence qui les distingue. Le phlegmon est fixe, circonscrit, occupe indifféremment toutes les parties du corps, se termine le plus souvent par suppuration, n'offre aucune tendance à la récidive : l'inflammation rhumatismale, au contraire, est mobile, diffuse, ne se montre guère qu'au niveau des articulations superficielles, et offre presque toujours des retours périodiques.

J'aborderai maintenant plusieurs questions beaucoup plus importantes. Le rhumatisme est-il borné à la portion charnue ou fibreuse des muscles? Peut-il les attaquer l'une et l'autre? Se montre-t-il dans d'autres portions du système fibreux? Doit-on considérer comme tel l'inflammation des membranes synoviales?

Soit qu'il attaque le tronc ou les membres, qu'il se présente au niveau ou dans l'intervalle des grandes articulations, il est bien difficile, il est même impossible le plus souvent de décider s'il a son siége dans les parties fibreuses ou musculaires proprement dites ; parce qu'il n'est presque pas de parties du corps où l'on rencontre exclusivement, soit des parties charnues, soit des parties fibreuses. Je ne connais aucune observation qui prouve que le rhumatisme puisse avoir son siége dans les fibres charnues ; l'affection rhumatismale de la langue porterait seule avec soi démonstration, et elle n'a jamais été observée, au moins à ma connaissance. Mais le rhumatisme se montre fréquemment dans la région du grand pectoral, et y est accompagné dans toute l'étendue de ce muscle, de douleur qu'augmentent le mouvement et une pression trop légère pour pouvoir atteindre les intercostaux ou le petit pectoral placés derrière lui. Dans quelques cas aussi il se porte sur la partie latérale des parois de l'abdomen entre les dernières côtes et la crête iliaque, endroit où l'anatomie ne découvre aucune partie fibreuse. Ces faits doivent porter à croire ce qu'aucun ne prouve d'une manière incontestable.

Il est beaucoup plus facile de démontrer que le tissu

fibreux peut en être le siége ; et parmi les faits qui se sont présentés à mon observation, je puis trouver des exemples frappans de ce que je viens d'avancer. Chez deux malades, le rhumatisme occupa pendant un certain temps le ligament inférieur de la rotule ; chez un autre, les deux bords de cet os ; chez plusieurs, l'insertion du deltoïde à l'humérus ; chez un autre, celle du tendon d'Achille au calcanéum ; chez un certain nombre, la maladie s'est portée aux articulations des phalanges, et s'est fait sentir en même temps dans la continuité de ces os ; aucune de ces parties n'est environnée de fibres charnues : enfin c'est spécialement dans les lieux où les tendons et les aponévroses sont plus nombreux, que sévit avec plus d'intensité la maladie qui nous occupe.

En réfléchissant sur la rareté des cas où l'on peut s'assurer que le rhumatisme a son siége dans le tissu fibreux, et la presque impossibilité de le reconnaître dans les fibres charnues, il me semble qu'on ne devrait pas admettre dans les affections rhumatismales une division fondée uniquement sur un caractère aussi difficile à saisir, et dont presque jamais on ne peut faire usage au lit des malades. L'expression de rhumatisme articulaire était donc préférable à celle de rhumatisme fibreux qu'on lui a substituée. En indiquant qu'il avait son siége *au niveau d'une articulation*, elle ne présentait aucune idée fausse ou douteuse : ce sera uniquement dans ce sens que je l'emploierai dans le cours de cette dissertation.

Quelques observations paraissent prouver que le rhumatisme peut encore avoir son siége primitif dans d'autres parties du système fibreux ; le périoste, ainsi que la dure-mère et la sclérotique qui se continuent avec lui, comme il se continue lui-même avec les tendons, semblent, par l'effet même de cette continuité et une grande identité de structure, devoir être susceptibles de présenter les mêmes affections.

M. *Lecomte*, médecin d'Évreux, a inséré dans le *Journal*

de médecine une observation fort curieuse sur l'affection rhumatismale du périoste ; je n'en citerai que ce qui a trait directement à mon sujet. Un homme âgé de trente-six ans avait eu dans sa jeunesse un rhumatisme au genou droit ; en 1782, douleur dans l'épaule gauche, précédemment contuse ; au printemps de l'année suivante, alternative de pleurodynie et de tuméfaction douloureuse à la *partie moyenne du sternum, disparaissant* par l'application des vésicatoires sur le point affecté, et *se manifestant* de nouveau dans le lieu qu'elles avaient auparavant occupé et avec les mêmes symptômes ; ensuite la douleur se fit sentir à l'épaule, disparut, et plus tard se porta dans la partie antérieure et latérale droite de la tête, avec élancemens considérables dans l'œil. Deux ans après, retour des douleurs de tête et de l'épaule, *exostose considérable de la clavicule gauche* dans toute sa longueur ; amaigrissement de tout le corps pendant l'année suivante, atrophie des deux membres abdominaux et du bras gauche ; *tumeur oblongue sur la crête du tibia droit,* au-dessus de la partie moyenne de cet os ; de temps en temps, *apparition sur divers points de la tête, de tumeurs sensibles à la pression, diminuant* par la chaleur, et *disparaissant* en quelques jours. Ce malade n'avait eu aucune affection vénérienne ; on lui administra néanmoins, avant la manifestation des exostoses, trente frictions mercurielles, qui n'apportèrent aucun soulagement aux souffrances actuelles, et n'empêchèrent pas d'autres symptômes nouveaux de s'y joindre. Il n'y eut jamais d'exaspérations nocturnes ni de douleurs ostéocopes. M. *Latour* cite l'exemple d'une tumeur semblable à celles qui se manifestaient sur la tête de ce malade, et qui fut observée chez une femme rhumatisante, à la suite de la suppression des menstrues. Deux autres malades ont accusé une douleur dans la partie la plus apparente du cubitus et sur la crête du tibia, suite apparente de l'exposition au froid.

Quant aux douleurs qui occupent la tête et le globe de

l'œil, ce sont surtout leurs retours périodiques, leur mobilité, leur alternative avec d'autres affections rhumatismales, qui les ont fait réunir à ces dernières; et c'est par analogie de structure que les médecins ont été conduits à placer dans la dure-mère et la sclérotique le siége de ces maladies. Telles sont aussi les raisons qui ont conduit *Hoffmann* et ensuite *Cullen* à joindre l'odontalgie au rhumatisme. Celle-ci offre en outre quelques autres ressemblances qui n'ont pas échappé à ces auteurs : elle est presque toujours produite par l'impression de l'air froid; elle est exaspérée par une forte pression, la mastication par exemple; elle laisse dans les parties où elle s'est manifestée une grande tendance à en être atteintes de nouveau; elle s'étend souvent d'une dent à plusieurs autres, et cesse quelquefois dans celle qu'elle occupait d'abord; enfin, comme le rhumatisme articulaire, tantôt elle consiste dans une simple douleur, sans tuméfaction ni rougeur, tantôt elle est accompagnée de symptômes inflammatoires qui jamais ne se terminent par suppuration.

Le rhumatisme enfin peut-il avoir son siége dans les membranes synoviales? Chez un malade, qui succomba à l'hôpital de la Charité, les deux articulations scapulo-humérales avaient été affectées successivement de douleurs vives et de gonflement; chez deux autres observés à l'Hôtel-Dieu, toutes les articulations mobiles devinrent douloureuses et tuméfiées, avec impossibilité d'exécuter les mouvemens; on trouva après la mort, chez tous ces malades, les synoviales enflammées, et des épanchemens purulens dans les cavités articulaires. Quelles conséquences déduire de ces faits? Que les synoviales sont susceptibles de s'enflammer, et que les symptômes qui accompagnent cette inflammation ressemblent beaucoup à ceux du rhumatisme. Mais quelle connexion y a-t-il entre l'une et l'autre maladie? Nulle autre que la seule contiguité des parties affectées; l'inflammation simultanée ou successive de plusieurs ou de toutes les membranes synoviales, semble

à la vérité rapprocher cette affection du rhumatisme, et l'éloigner des phlegmasies des membranes séreuses : mais quand on se livre aux recherches d'anatomie pathologique, ne rencontre-t-on pas plusieurs membranes enflammées à la fois, et notamment les deux plèvres et le péricarde ? J'en ai vu même des traces manifestes dans les trois grandes cavités splanchniques. Enfin, lors même que dans certains cas le rhumatisme se serait montré d'une manière indubitable, avant ou pendant l'affection des synoviales, je persisterais à voir, entre ces deux maladies, la même différence que personne ne refusera d'admettre entre une pleurodynie et une pleurésie, entre un rhumatisme quelconque et l'inflammation d'un viscère qui peuvent se présenter isolément, se succéder ou coexister dans le même malade, sans qu'il soit permis de les confondre. Les symptômes, à la vérité, se ressemblent beaucoup ; mais quand l'inflammation des membranes synoviales aura été plus fréquemment observée, peut-être y trouvera-t-on des différences qu'il est assez facile sans doute, mais peu prudent de vouloir indiquer d'avance : en supposant même qu'aucun symptôme constant ne pût assurer le diagnostic de ces affections, cet inconvénient ne se rencontre-t-il pas souvent dans beaucoup d'autres maladies : la pleurésie et la péripneumonie, par exemple, qui n'en sont pas moins pour cela deux maladies bien distinctes, par l'espèce de lésion qui les constitue, et le siége qu'elles occupent ? C'est aussi cette double considération qui établit une différence tranchée entre le rhumatisme et l'inflammation des membranes synoviales ; d'une part, affection des parties musculaires et fibreuses sans aucune lésion apparente ; de l'autre, inflammation des membranes synoviales avec rougeur de ces parties, et altération quelconque du liquide exhalé.

En bornant exclusivement au système musculaire et fibreux le siége primitif du rhumatisme, on ne saurait disconvenir que l'affection de ces parties ne trouble d'une manière quelconque les fonctions des organes voisins, et

n'y détermine des phénomènes morbides, dont l'intensité paraît proportionnée à celle de l'affection primitive. Il serait bien important de pouvoir déterminer si celle-ci est de même nature que l'affection secondaire, et si la différence apparente qu'elles offrent l'une et l'autre tient seulement à la diversité de structure : la nature du rhumatisme, la place qu'il doit occuper dans un cadre nosologique, ne seraient plus des problèmes. En effet, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau présentent des symptômes inflammatoires non équivoques, qui paraissent seulement recevoir de la cause qui les produit une modification particulière qui influe sur leur marche et leur terminaison. L'analogie et quelques ouvertures de cadavres me portent à croire que l'affection peut aussi se propager vers l'intérieur, et produire lentement dans les membranes synoviales et les lames superficielles de l'os des lésions particulières.

Après avoir considéré d'une manière générale le siége du rhumatisme, je vais passer rapidement en revue les diverses parties du corps dans lesquelles il se manifeste. Le rhumatisme peut être *général*, c'est-à-dire se montrer à la fois presque partout où il y a des muscles ; ceux des yeux, des joues, de la langue, sont toujours restés libres dans le cours des rhumatismes généraux observés jusqu'ici : on donne même à la dénomination de rhumatisme général une extension plus grande, en l'employant pour désigner l'affection qui occupe tous les membres, sans que le tronc y participe ; mais elle ne peut convenir quand elle attaque successivement les diverses parties du corps ; cette variété porte spécialement le nom de *rhumatisme vague*. Dans le rhumatisme général, la douleur ne se fait pas sentir avec une intensité égale dans diverses parties, dans les articulations et les espaces intermédiaires. Quelquefois, pendant tout le cours de la maladie, les membres supérieurs ou inférieurs sont constamment plus affectés ; ailleurs la maladie offre en quelque sorte une disposition croisée, et

c'est dans le bras d'un côté et la cuisse de l'autre qu'elle est plus violente. Dans trois cas de rhumatisme *général*, j'ai observé que la douleur était beaucoup plus vive dans un des côtés du corps que dans l'autre : chez un de ces malades, les parties droite et gauche du corps ont été successivement le siége des symptômes les plus intenses.

Cette variété du rhumatisme *général* conduit naturellement au rhumatisme *semi-latéral*, dont les exemples ne sont pas fort rares. On en trouve un dans les actes des médecins de Berlin, année 1721 ; *Van-Swieten* en rapporte un autre, et *Gilibert* un troisième. J'ai rencontré deux fois cette disposition : un des malades fut, comme celui de *Van-Swieten*, saisi d'abord d'une douleur qui occupa les deux membres droits et le côté correspondant du tronc et de la tête, pendant un mois environ : ensuite elle cessa peu à peu à droite, et se porta exclusivement à gauche, à l'exception de la céphalalgie qui resta à droite ; en sorte que ce malade eût pu, au premier coup d'œil, être considéré comme hémiplégique, si la douleur des articulations, exaspérée par le mouvement et la pression extérieure, et surtout si les signes commémoratifs n'eussent éloigné toute erreur. Chez le second malade, l'affection occupa tout le côté gauche du corps pendant une année entière. Dans d'autres cas, qui peuvent servir de passage entre le rhumatisme *semi-latéral* et le rhumatisme *partiel*, le mal occupait seulement un des côtés du tronc et un seul membre correspondant : chez d'autres, il était borné au premier. Enfin le rhumatisme peut se montrer isolément dans presque toutes les parties musculaires et fibreuses de l'économie. Je vais les parcourir successivement sans rien dire de l'affection de la dure-mère, de la sclérotique, des dents et du périoste, sur lesquels je ne reviendrai plus, ne m'étant proposé que de présenter les points de contact qui les joignent aux rhumatismes, avec lesquels je ne crois pas qu'on doit entièrement les confondre.

Les muscles qui recouvrent le crâne sont assez fréquem-

ment le siége du rhumatisme, qui peut en affecter la totalité ou seulement une partie. PAULMIER (*Traité de la Goutte*, p. 79) l'a vu deux fois au niveau du pariétal droit. TISSOT (*Avis au Peuple*, p. 179) dit avoir souvent observé l'affection rhumatismale des tégumens de la tête accompagnée de douleurs excessives. TODE (*Act. Soc. Med. Haun.* 1. 90) rapporte un exemple de cette maladie portée à un tel degré d'intensité, qu'elle produisit presque le délire ; elle céda à l'application de quelques sangsues aux tempes, après avoir été combattue en vain par la saignée générale.

Les auteurs qui ont publié des monographies sur le rhumatisme n'ont point encore parlé de celui qui attaque les muscles de l'œil : l'analogie m'avait porté à l'admettre comme pouvant se présenter, à une époque où je n'avais pu encore en découvrir aucun exemple. J'en ai enfin rencontré deux : le premier dans le Journal de Médecine, t. 27, p. 349 ; le second dans les Épidémies de *Stoll*. « Une femme de vingt-cinq ans ressentait depuis plus de huit mois des douleurs très-aiguës à la tête, qui la privaient des mouvemens de cette partie et du cou ; les yeux mêmes ne pouvaient être mus sans des efforts considérables et des contorsions douloureuses. Cette affection céda à des topiques sédatifs sur le péricrâne, et à des rubéfians aux pieds. » Au mois de septembre 1779, où les rhumatismes étaient les seules affections qu'on observât, « une jeune fille éprouva des douleurs dilacérantes dans la tête ; l'œil gauche avait pris une direction vicieuse, et la vue était double ; ce strabisme céda promptement aux diaphorétiques et à l'application d'un vésicatoire à la nuque. » Il est à regretter que, dans cette observation, *Stoll* n'ait pas dit si les mouvemens du globe de l'œil étaient douloureux ; peut-être la douleur plus vive de la tête empêchait-elle la malade de faire attention à l'autre. Ces faits, à la vérité, ne paraîtront pas concluans ; mais s'ils appellent sur ce point l'attention des observateurs, mon premier but sera rempli.

Doit-on considérer comme rhumatismales ces douleurs

atroces qui paraissent avoir leur siége dans l'oreille interne, et dont quelques auteurs, *Hoffmann* entre autres, ont rassemblé des exemples sous le nom d'*otalgie?* La plupart de ces affections, que l'écoulement d'un liquide purulent par le conduit auditif externe a terminées, étaient évidemment des otites. Dans quelques autres cas où l'otalgie a succédé à des rhumatismes extérieurs et a cessé par leur retour, la maladie semble pouvoir être considérée comme rhumatismale, mais elle a pu être encore, soit une otite aiguë, terminée par résolution, soit une douleur nerveuse. Des exemples assez nombreux prouvent que le rhumatisme alterne non seulement avec lui-même, mais encore avec beaucoup d'autres maladies, et notamment avec les inflammations muqueuses et les névralgies.

Le rhumatisme des joues a été l'objet d'un mémoire inséré parmi ceux de littérature médicale étrangère. On y a rassemblé un assez grand nombre de faits qui portent à admettre cette variété de la maladie. Elle était caractérisée dans tous les cas par une douleur vive, à laquelle succédait une faiblesse et un relâchement remarquables des muscles; la paupière inférieure et la commissure des lèvres étaient tirées en bas, les larmes ainsi que la salive s'écoulaient chez quelques-uns; chez d'autres, la faiblesse relative des muscles précédemment douloureux ne se manifestait que dans le rire; la prononciation des lettres labiales seules était gênée. Il est à regretter que les auteurs de ces observations n'aient pas indiqué si le mouvement exaspérait les douleurs, symptôme qui n'eût laissé aucun doute sur le genre de la maladie. Je n'ai jamais eu occasion d'observer cette variété, à laquelle se rapportent vraisemblablement plusieurs des affections confondues vulgairement sous le titre vague de *fluxions*.

Le rhumatisme attaque fréquemment les parties postérieures et latérales du cou, et porte alors le nom de *torticolis*. Souvent aussi il occupe les parois du thorax et de l'abdomen, et plus communément encore la région verté-

brale. Quand il a son siége au thorax, c'est en général auprès des mamelles qu'il se fait sentir. Tous les muscles qui recouvrent cette partie du tronc paraissent susceptibles d'en être atteints; mais l'exaspération presque constante de la douleur par l'inspiration ordinaire, et la part active que prennent seuls dans ce phénomène les muscles intercostaux, me portent à croire qu'ils sont le plus communément le siége de la *pleurodynie*. Quelquefois le rhumatisme occupe toute la longueur des clavicules, ou bien leur articulation avec le sternum. Je l'ai vu correspondre à l'union de la dernière pièce de cet os avec l'appendice xyphoïde dirigé en-dedans, et formant un angle saillant sous la peau : chez un autre, il s'est porté au niveau de l'articulation du cartilage de la troisième côte avec le sternum. Le rhumatisme des parois abdominales n'est pas assez rare pour avoir besoin d'être établi par des exemples; il ne m'a rien présenté d'assez intéressant pour être indiqué. La région vertébrale est quelquefois affectée en totalité; plus souvent les portions lombaire et interscapulaire le sont isolément. Le torticolis appartient aussi à cette variété. Le *lumbago* occupe ordinairement les deux côtés de la colonne vertébrale; quelquefois il est borné à un seul. Je l'ai vu se faire sentir à la fois dans les deux côtés, et produire en même temps sur la ligne médiane une douleur distincte par son siége, et différente par sa nature de celles que le malade éprouvait sur les parties latérales. Les muscles psoas paraissent être le siége du lumbago, qu'a si bien décrit *Sydenham*, dont *Boerhaave* fut affecté, et qui simule la colique néphrétique. Il est vraisemblable aussi qu'ils sont le siége de ces douleurs lombaires plus modérées, dans lesquelles les malades ne peuvent élever la cuisse sans éprouver une souffrance très-vive (GILIBERT, *Advers. Med. pract.*). Les diverses régions du bassin ne sont pas également sujettes à cette maladie : je ne connais pas d'observation dans laquelle la partie antérieure en ait été affectée. Celle au contraire qui répond au sacrum en est fré-

quemment atteinte ; le plus souvent sur la face postérieure de cet os ; dans quelques cas, à l'endroit de sa jonction avec la dernière vertèbre ou avec les os des îles, plus souvent à son union avec le coccix. *Van-Swieten* cite une observation dans laquelle cette partie fut la première affectée. Les parties latérales du bassin ne sont pas à l'abri de cette maladie : on a vu les douleurs rhumatismales suivre le trajet de la crête iliaque (*Van-Swieten*), et plus souvent encore occuper les muscles qui recouvrent en-dehors l'os innominé.

Quant aux membres pectoraux et pelviens, le rhumatisme s'y montre plus fréquemment que partout ailleurs ; il occupe surtout les cuisses et les jambes, les bras et les avant-bras, soit dans leur continuité, soit dans les grandes articulations qui les unissent entre eux et avec le tronc, les pieds ou les mains. On s'accorde généralement à ne pas considérer comme rhumatismale la douleur qui primitivement se manifeste aux petites articulations des mains et des pieds, tandis qu'on persiste à voir cette maladie dans les affections des mêmes parties, qui surviennent dans le cours du rhumatisme ; en sorte qu'il n'est aucun endroit des membres qui ne puisse en être le siége, si l'on excepte les dernières phalanges des doigts et des orteils. Je n'ai trouvé non plus aucune observation où la paume des mains ait été affectée, tandis que la plante des pieds l'est assez souvent.

Il me reste encore quelques points à examiner sur le siége du rhumatisme. Quelles sont les parties qu'il attaque le plus fréquemment ? Les âges et les saisons exercent-ils quelque influence sur le siége de la maladie ?

Je ne répondrai à ces questions qu'en présentant les résultats exacts des relevés que j'ai faits. Mes observations sans doute sont en trop petit nombre pour en déduire des conséquences certaines qui puissent s'étendre à tous les cas ; je les présente comme un essai de ce qu'on pourrait faire sur ce point en accumulant un grands nombre de faits. (*Pringle.*)

Glisson (*de Ventriculo et intestinis*) avait classé les muscles, considérés sous le rapport de leur susceptibilité à être affectés du rhumatisme, dans l'ordre suivant : 1° les muscles des vertèbres cervicales; 2° ceux de l'épaule et de l'humérus; 3° ceux du femur et de l'os innominé; 4° ceux des vertèbres, des lombes et du thorax. Je pense, ajoute-t-il, que les autres muscles ne sont pas aussi fréquemment affectés que ceux que je viens de nommer.

Sur cent deux attaques de rhumatisme qui se sont présentées chez divers malades, ou chez les mêmes à des époques différentes, l'affection a occupé tout le corps onze fois, un des côtés trois fois, les membres supérieurs douze fois, les membres inférieurs vingt-deux, le tronc onze, la colonne vertébrale neuf : elle s'est manifestée en même temps à quelques articulations des membres supérieurs et inférieurs, onze fois : dans vingt-deux cas, elle a occupé simultanément quelque partie du tronc et des membres, ou s'est portée vaguement dans diverses parties du corps. Je ferai remarquer ici que, dans tous les cas où il y a eu à la fois affection du tronc et des membres, soit supérieurs soit inférieurs, j'ai toujours vu coïncider le rhumatisme des parois thoraciques avec celui des membres pectoraux, et celui des membres pelviens avec l'affection des parois abdominales ou du bassin. Je n'en tirerai pas la conséquence que cette disposition est constante, mais seulement qu'elle doit être fort commune.

Vogel avait remarqué que les affections rhumatismales occupaient ordinairement la tête, la poitrine et les extrémités supérieures chez les jeunes gens; le dos et les extrémités inférieures chez les gens avancés en âge. Tous les auteurs ont répété cette remarque, sans chercher à la confirmer ou à la combattre par une certaine masse d'observations; je ne puis donc présenter ici que le résultat des miennes.

Les individus de quinze à trente ans ont été plus sujets que les autres au rhumatisme général, semi-latéral et

vague ; à celui qui occupe le tronc ou les membres supérieurs et inférieurs à la fois. Les malades de trente à quarante-cinq ont été plus souvent que tous les autres affectés du rhumatisme des membres supérieurs et inférieurs ; ils ont été moins exposés aux autres variétés que ceux de quinze à trente, et plus que ceux de quarante-cinq à soixante, et au-delà. Depuis quarante-cinq ans jusqu'à soixante, et depuis soixante jusqu'au terme de la vie, ces affections ont été beaucoup moins fréquentes que dans les deux âges précédens. Le rhumatisme général et vague, celui qui se borne aux membres supérieurs ou inférieurs, se sont montrés plus souvent que les autres variétés. Les membres supérieurs ont été exclusivement affectés chez cinq malades, les inférieurs chez deux seulement. Parmi les malades que j'ai observés, un seul n'avait pas atteint sa quinzième année ; deux autres avaient été attaqués du rhumatisme avant cet âge. Chez l'un d'eux, il se borna aux membres inférieurs ; chez les deux autres, il fut général.

Quant à l'influence des saisons sur le siége de la maladie, voici quels résultats j'ai obtenus de la comparaison des faits que j'ai réunis. Le rhumatisme général, celui qui occupe isolément les membres supérieurs ou inférieurs, ou les uns et les autres à la fois, se sont manifestés plus souvent pendant l'hiver que pendant toute autre saison. Le rhumatisme *semi-latéral* et celui du tronc ont été plus fréquens pendant l'automne, celui de la région vertébrale pendant l'été ; le rhumatisme vague s'est présenté un nombre de fois égal dans ces deux saisons, plus rarement dans l'hiver, jamais dans le printemps.

L'obscurité qui règne encore sur les affections rhumatismales du diaphragme et des muscles qui ne sont pas soumis à la volonté, et le désir de me renfermer dans les bornes ordinaires d'une dissertation, m'ont empêché de les comprendre dans le plan que je me suis tracé, et me serviront d'excuse pour cette omission volontaire.

Des causes du Rhumatisme.

Age. La plupart des auteurs sont d'accord sur l'époque de la vie à laquelle le rhumatisme se manifeste le plus fréquemment ; c'est depuis quinze ans jusqu'à trente, dans la jeunesse et l'âge adulte, qu'ils l'ont vu débuter. *Ponsard*, en disant qu'il attaque principalement les vieillards, paraît émettre une opinion entièrement opposée à celle des autres. Mais si l'on considère que ceux qui ont été une fois atteints du rhumatisme, sont tous exposés à des retours plus ou moins fréquens de cette maladie, qui se manifeste aussi quelquefois dans la dernière période de la vie, on pourra admettre en même temps que les adultes en sont plus communément atteints, et que, parmi un certain nombre de rhumatisans réunis, il se trouve plus de vieillards que de jeunes gens. En remontant vers le terme de la naissance, on voit cette maladie devenir de plus en plus rare ; *Arétée* l'a observée chez des enfans de cinq ans : je ne crois pas qu'aucun moderne l'ait rencontrée dans les premières années de la vie. Sur soixante-treize malades entrés à l'hôpital de la Charité, trente-cinq furent attaqués pour la première fois du rhumatisme de quinze à trente ; vingt-deux de trente à quarante-cinq ; sept de quarante-cinq à soixante, et autant après la soixantième année : deux seulement en avaient été affectés avant quinze ans, l'un à huit ans, et l'autre à neuf.

Le *tempérament sanguin*, suivant *Baillou* et *Cullen*, est une des causes prédisposantes du rhumatisme ; telle paraît être aussi l'opinion de *Boerhaave*. J'ai vu, sur soixante-douze rhumatisans, cinquante-quatre offrir les attributs extérieurs de ce tempérament : parmi les dix-huit autres, la plupart étaient d'un tempérament lymphatique ; quelques-uns offraient plusieurs des caractères assignés au tempérament bilieux ; et les autres, en plus petit nombre encore, appartenaient, par quelques-uns de leurs traits, au tempérament nerveux.

Constitution. HIPPOCRATE avait signalé, comme sujets aux douleurs articulaires, les hommes qui ont de grands viscères et une large poitrine ; *Baillou* avait observé que les individus replets ou cacochymes pouvaient également en être affectés. Parmi les rhumatisans que j'ai observés, la plupart étaient d'une constitution forte ; quelques-uns étaient faibles ; les autres, en assez grand nombre, tenaient le milieu entre ces deux extrêmes. La plupart avaient un embonpoint médiocre, les cheveux châtains, le teint clair et animé, la stature moyenne ou petite. Je n'ai rencontré que chez un très-petit nombre (un dixième environ) la prédominance des viscères notée par *Hippocrate.*

Sexes. L'observation prouve tous les jours que les deux sexes peuvent également être affectés du rhumatisme ; mais il n'est pas aussi facile de décider lequel des deux en est plus communément atteint. Quelques auteurs (*Dillon*) ont pensé que les hommes, les femmes et les eunuques en étaient indistinctement attaqués. *Hoffmann* avait cru remarquer que les femmes y étaient plus exposées. *Arétée* avait une opinion entièrement opposée à celle-ci : les hommes, suivant lui, sont plus sujets aux douleurs articulaires que les femmes, et, parmi celles-ci, les plus agissantes. *Van-Swieten* n'a fait en quelque sorte que développer cette idée, quand il a dit que les hommes exposés à des travaux pénibles, aux injures de l'air, aux calamités de la guerre et aux erreurs de régime étaient par cela même plus sujets à ces affections que les femmes. Le petit nombre de femmes malades admises à l'hôpital de la Charité ne me permet pas de présenter ici le résultat de mes propres observations ; mais, à en juger par la petite quantité de rhumatismes que j'ai vus à l'hospice de la Salpêtrière dans le cours de l'année 1811, je serais porté à admettre la dernière opinion préférablement à celle d'*Hoffmann.*

Saisons. L'automne et le printemps passent généralement pour être les parties de l'année dans lesquelles cette ma-

ladie se montre le plus souvent. En consultant les Épidémies de *Stoll*, j'ai trouvé que, dans le cours des années 1776, 77, 78 et 79, c'était surtout pendant les mois d'avril, mai et juin, que cet auteur l'avait vue régner. Elle fut moins fréquente pendant l'automne, moins encore pendant l'hiver, et se montra rarement pendant l'été. Sur cinquante-huit malades observés à l'hôpital de la Charité, vingt-quatre avaient été pour la première fois attaqués du rhumatisme pendant l'hiver, dix-huit pendant l'automne, douze pendant l'été, et quatre seulement au printemps. Mais je dois faire à ce sujet plusieurs remarques : 1° c'est pendant l'automne de 1812, et l'hiver de 1813, que j'ai recueilli le plus grand nombre de mes observations; 2° il serait nécessaire que les faits eussent été rassemblés dans un certain nombre d'années, afin d'isoler ce qui dépend de mille circonstances étrangères de ce qui appartient réellement aux saisons.

L'air paraît avoir une influence bien prononcée sur la production du rhumatisme. Ce n'est pas quand il est très chaud ou très froid que se développe le plus fréquemment cette maladie, mais plutôt dans une température moyenne. Cette remarque s'étend de chaque lieu en particulier aux divers climats considérés en général. Le rhumatisme se présente rarement près de l'équateur et des pôles; il devient successivement plus commun à mesure qu'on s'éloigne de ces régions, et règne surtout dans les zones tempérées; il est encore à remarquer qu'il se montre moins généralement chez les peuples du midi et de l'orient que chez les peuples de l'occident et du nord (*Ponsard*). En considérant combien il est plus fréquent dans les pays humides, marécageux, coupés par des canaux multipliés, ou exposés à des brouillards presque continuels, tels que la Hollande et l'Angleterre, on ne peut refuser d'admettre que l'humidité atmosphérique ne contribue à développer ces affections, au moins autant que la température qui est à peu près la même dans d'autres régions où le rhumatisme

est beaucoup plus rare. En passant des climats aux habitations particulières, on voit encore que les hommes qui occupent le fond des vallées, des maisons plus basses que le sol ou nouvellement construites, des chambres où beaucoup d'eau se trouve en évaporation en sont souvent affectés, tandis que ceux qui se trouvent dans des circonstances contraires en sont communément exempts.

C'est moins sans doute par la direction même dans laquelle se meut la masse atmosphérique que par la proportion d'eau et de calorique qu'elle porte alors avec elle, que les vents du sud et de l'ouest ont paru favoriser le développement du rhumatisme, et qu'il règne spécialement dans les lieux exposés à ces vents. On n'a point observé jusqu'ici que leur rapidité eût quelque influence à cet égard. Néanmoins, lorsqu'une personne échauffée par l'exercice s'expose immobile à l'air extérieur qui se meut sans cesse autour d'elle, et surtout lorsqu'une petite colonne d'air (*vent coulis*) vient continuellement frapper sur la même partie, il semble que ce soit au mouvement même de l'air, indépendamment de la direction, de la chaleur et de l'humidité, qu'est due la production de la maladie. C'est bien plus encore par des changemens brusques dans les propriétés physiques de l'air, par les successions rapides du chaud et du froid, du sec et de l'humide, que se développent les affections rhumatismales, soit qu'on se transporte avec rapidité d'un pays chaud dans un pays froid (ROUPPE, *morb. nav.*), soit qu'on éprouve ces variations dans l'atmosphère d'un même lieu, soit enfin, ce qui est bien plus commun encore, qu'on passe brusquement d'un endroit chaud dans un air froid.

Applicata. L'immersion subite du corps dans l'eau froide, et le séjour prolongé dans ce liquide, l'exposition à la pluie, des vêtemens mouillés conservés sur le corps, le sommeil sur un sol humide, des habits légers, substitués trop brusquement à des vêtemens chauds, sont peut-être,

de toutes les causes, celles dont l'application est le plus communément suivie du développement du rhumatisme.

Ingesta. Je ne crois pas qu'il soit possible de déterminer jusqu'à quel point tels alimens ou telles boissons y prédisposent; et je serais même porté à croire qu'ils n'ont sur la production de cette maladie aucune espèce d'influence. *Ponsard* attribuait à l'usage habituel du cidre et de la bière en Angleterre et en Normandie, la fréquence des rhumatismes qu'on y observe. Mais n'est-ce pas aux causes qui empêchent d'y cultiver la vigne, à la nature et à la disposition du sol qu'il faut remonter pour découvrir la véritable source de ce phénomène? *Sydenham* avait remarqué que les individus qui ont fait un long usage du quinquina étaient fréquemment atteints du rhumatisme chronique; je ne crois pas qu'aucun autre médicament ait produit un effet semblable.

Excreta. Des observations nombreuses prouvent que la suppression d'évacuations naturelles, ou l'omission de celles que l'art procurait périodiquement, ont été suivies du rhumatisme. D'un autre côté, des excrétions trop abondantes, ou inaccoutumées ont augmenté la susceptibilité à contracter cette maladie; en sorte que tantôt les *excreta* ont paru en être les causes occasionelles, et tantôt seulement les causes prédisposantes.

La suppression de la sueur est regardée comme une des causes les plus fréquentes de cette maladie. *Jean Herman* l'a vue se développer par la rétrocession d'une sueur habituelle des pieds; j'ai rencontré un cas semblable.

La suppression d'épistaxis en a quelquefois été la cause (Desault, Clin. *Cassius*). Jusqu'à quel point, en se manifestant dans l'enfance, ces hémorrhagies doivent-elles faire craindre des douleurs articulaires à un âge plus avancé? J'ai cherché à vérifier sur quarante-deux malades cette observation d'*Hippocrate;* vingt-trois en avaient eu fréquemment dans leur jeunesse dix-neuf en avaient été exempts. La suppression d'une hémoptysie, et plus souvent celle

des menstrues ou d'hémorrhoïdes périodiques (*Stahl*, *Hoffmann*, *Desault*), ont produit le rhumatisme. *Hoffmann* et *Gilibert* ont remarqué que les femmes en sont surtout affectées de quarante à cinquante ans, à l'époque où l'écoulement périodique devient irrégulier ou se supprime tout-à-fait. Enfin *Stahl* paraît avoir vu fréquemment cette maladie déterminée par l'omission de saignées ou de scarifications habituelles. Il en est de même de la suppression des flueurs blanches, des lochies et du lait, des vésicatoires, des sétons et des cautères entretenus depuis long-temps (*Ponsard* et *Desault*).

On voit souvent à la suite de saignées trop copieuses, d'excrétions alvines excessives, spontanées ou provoquées, et de ménorrhagies trop abondantes, les malades contracter des rhumatismes par les causes les plus légères. Des évacuations spermatiques trop considérables ont produit le même effet chez deux individus qui se sont présentés à mon observation. Un scieur de pierre, exposé depuis long-temps à toutes les intempéries atmosphériques, n'en avait éprouvé aucune incommodité; au mois de février 1813, il fut attaqué d'un rhumatisme assez intense : des excès inaccoutumés dans les plaisirs de l'amour avaient précédé l'apparition de cette maladie; aucune autre cause connue n'avait pu la produire. Un charretier couchait depuis plusieurs années dans une écurie étroite et humide sans en avoir éprouvé aucun mal; l'hiver qui suivit son mariage, il fut attaqué de rhumatisme. *Hoffmann* a remarqué que ceux qui se livrent avec excès aux plaisirs de Vénus avant que le corps ait acquis son développement parfait, sont rarement exempts de cette maladie pendant le reste de leur vie. On a prétendu que les enfans n'étaient attaqués de rhumatisme avant la puberté, que quand ils s'étaient livrés à la masturbation : c'est une question qu'on ne pourrait résoudre que par un grand nombre de faits. Sur six enfans que j'ai interrogés, trois seulement avaient contracté cette mauvaise habitude.

Les gens qui mènent une vie active, et qui évitent en même temps de s'exposer aux causes occasionelles du rhumatisme, en sont communément à l'abri ; tandis qu'au contraire l'oisiveté y prédispose tellement, que la plupart des religieux en étaient autrefois attaqués (PONSARD, *Traité du Rh.*). De violents efforts, une marche forcée, surtout après un repos prolongé, en ont été la cause occasionelle, dans quelques-uns des cas que j'ai vus. Certaines professions exposent au rhumatisme ceux qui les exercent, l'état militaire plus que tout autre. On s'étonne même que cette maladie ne soit pas plus commune dans les armées. Une chose plus étonnante encore, c'est que beaucoup d'individus qui se retirent du service sans jamais en avoir été attaqués, et qui reprennent le métier qu'ils exerçaient auparavant, en sont atteints plusieurs années après avoir quitté les camps. Parmi soixante-seize rhumatisans entrés à l'hôpital de la Charité, il s'est offert une grande variété dans les professions; cependant il s'est trouvé plus de charretiers ou cochers, de journaliers, de cordonniers et de boulangers que d'individus d'aucun autre métier.

Le sommeil favorise beaucoup l'action du froid extérieur et de l'humidité. Les personnes qui laissent leurs fenêtres ouvertes pendant les nuits, celles qui s'endorment sur le sol humide sont souvent affectées de rhumatisme, tandis que celles qui s'exposent pendant la veille aux mêmes causes en sont plus rarement attaquées.

Quelques auteurs pensent que la colère et certaines émotions vives ont été des causes occasionelles de la maladie ; je n'en connais pas d'exemples. Je serais seulement porté à croire que les passions tristes peuvent, comme le sommeil, rendre plus active l'influence des autres causes.

Mais le rhumatisme n'attaque pas seulement les personnes saines, il peut aussi survenir pendant le cours d'autres maladies, telles que le typhus (HILDENBAND, *Typh. cont.*), la péripneumonie, et surtout les diverses maladies chroniques (*Baillou*); il se manifeste quelquefois au déclin de

certaines affections, et peut même en être considéré comme la crise. Enfin on le voit souvent se manifester pendant la faiblesse qui accompagne toujours la convalescence. Dans quelques cas, il est produit évidemment par un traitement perturbateur, tel que l'emploi inconsidéré des astringens dans la diarrhée (*Eph. cur. nat.*, *cent.* 9, *obs.* 10), celui du quinquina dans le commencement des fièvres intermittentes simples (Torti, *Therap. febr. pern. period*).

Telles sont en général les causes du rhumatisme; celles qui agissent sur tout le corps à la fois peuvent le produire dans une partie quelconque ou dans toutes; celles qui agissent seulement sur un endroit du corps, l'application de l'eau froide, un courant d'air, par exemple, développent ordinairement la maladie dans le lieu même sur lequel elles agissent. Ainsi j'ai vu un malade, après s'être reposé dans un lit humide, un autre, après avoir dormi sur la neige, être affectés de rhumatisme du côté sur lequel ils s'étaient couchés. Chez plusieurs ouvriers la maladie occupait le bras tourné vers la fenêtre près de laquelle ils travaillaient; chez un autre elle occupa une épaule découverte pendant toute une nuit, tandis que les autres parties étaient tenues chaudement. Une autre remarque faite par plusieurs auteurs, et que j'ai eu moi-même occasion de vérifier, c'est qu'une luxation, une fracture, une simple contusion, une plaie, sont comme autant de causes qui appellent le rhumatisme sur les parties précédemment affectées. Quelque nombreuses que soient les causes indiquées du rhumatisme, il arrive néanmoins que des individus sont affectés de cette maladie sans avoir été soumis à aucune des causes externes dont j'ai parlé; d'autres au contraire s'y exposent tous les jours sans en être atteints; d'autres sont tout à coup frappés par les mêmes causes qu'ils bravaient impunément depuis plusieurs années. On découvre quelquefois alors, par un examen attentif, une cause nouvelle qui a favorisé l'action des autres. Souvent aussi l'on ne peut y parvenir, et l'on est forcé de reconnaître que tous

les hommes ne sont pas également aptes à contracter le rhumatisme, que le même homme n'est pas également susceptible d'en être affecté dans toutes les circonstances, et que le plus souvent il est absolument impossible de se rendre compte de l'un et de l'autre phénomène.

Le rhumatisme est presque toujours sporadique : il paraît que les variations atmosphériques sont bien rarement assez puissantes pour le produire à la fois chez un grand nombre de personnes, indépendamment de toute circonstance individuelle. On trouve néanmoins dans les auteurs quelques exemples d'épidémies de rhumatisme. *Pringle* en a observé une en 1743 dans l'armée auglaise; *Stoll* en a vu deux à Vienne dans le cours de l'année 1779 : *Mertens* a esquissé l'histoire d'une semblable épidémie qui a régné dans la même ville en 1782 et 1783; mais aucune n'est aussi bien décrite que celle dont *Storck* a présenté le tableau dans l'*Annus Medicus*. Je ne puis transcrire l'histoire, ni même présenter ici l'analyse de ces diverses épidémies, et je renvoie à ce sujet aux ouvrages indiqués; j'en ferai seulement usage dans le cours de cet essai, pour compléter l'histoire de la maladie.

Le rhumatisme est endémique dans certains lieux (*Ponsard*). Buchhave (*Acta. soc. med. Haun.*) dit que, de toutes les maladies qui règnent à Copenhague, aucune ne mérite à plus juste titre le nom d'*endémique* que le rhumatisme articulaire; qu'il n'est pas de maison où il n'étende son domaine, et qu'il sévit indistinctement sur les pauvres et les riches. M. *Rodamel* considère aussi le rhumatisme comme endémique dans la ville de Lyon. La plupart des auteurs ont prétendu que le rhumatisme différait de la goutte, en ce qu'il n'était pas héréditaire. J'ai cherché à résoudre cette question par un certain nombre de faits, et voici les résultats que j'ai obtenus. Sur soixante-douze malades, trente-six étaient d'origine rhumatisante, vingt-quatre étaient issus de parens sains, douze n'ont pu donner de renseignemens à ce sujet.

Le docteur *Giannini* a pensé qu'une seule cause, le froid, pouvait produire le rhumatisme; il a considéré l'humidité atmosphérique, le mouvement de l'air, le jeûne, les évacuations excessives, les passions tristes, le repos, comme favorisant seulement l'action de la cause efficiente. Je ne le suivrai pas dans le développement de ses idées, et je ne ferai d'autre reproche à sa théorie que d'admettre comme constant ce qui s'observe seulement dans le plus grand nombre des cas.

De l'espace de temps entre l'application des causes et les premiers symptômes de la maladie.

Le docteur *Haygarth* est, je crois, le premier qui se soit occupé de cette partie de l'histoire du rhumatisme; il a reconnu que cette affection se développait une heure ou même une demi-heure après l'application des causes, le plus souvent un ou deux jours après, jamais au-delà du sixième jour. M. *Giannini* prétend néanmoins l'avoir vu se manifester après un intervalle de quinze jours. Dans le petit nombre de cas où j'ai pu m'en assurer, c'est toujours après un espace de douze à vingt-quatre heures qu'ont paru les premiers symptômes.

Des symptômes.

Symptômes précurseurs. Parmi les symptômes qui précèdent l'invasion du rhumatisme, les uns se manifestent plus ou moins long-temps avant la maladie, se répètent plusieurs fois avant qu'elle se déclare, peuvent faire reconnaître d'avance une disposition à en être atteint, et en sont pour ainsi dire les préludes, ou, si l'on veut, le premier degré. Les autres, au contraire, se montrent seulement quelques jours ou quelques heures avant l'invasion; ils n'appartiennent à l'histoire du rhumatisme que parce qu'ils en sont suivis; ils ne peuvent rien apprendre sur le genre

d'affection qui va se déclarer; ils sont communs au rhumatisme et à la plupart des maladies aiguës.

Les préludes du rhumatisme s'observent chez un grand nombre de ceux qui doivent en être atteints; tantôt c'est une gêne légère qui accompagne ou suit les grands mouvemens, les efforts considérables; tantôt c'est une sensation incommode qui survient sans cause connue, et occupe quelque partie sur laquelle la main se porte comme d'elle-même et exerce des frictions sans que le malade en ait la conscience. Dans d'autres cas, c'est un refroidissement partiel des tégumens ou de quelque articulation. Ces divers phénomènes se répètent une ou deux fois chaque année, ou même chaque mois; ils durent rarement un jour, ordinairement ils ne persistent pas au-delà de quelques heures et même de quelques minutes. Ils se manifestent plus souvent dans les saisons froides et humides que dans les temps chauds et secs; tantôt c'est dans des parties différentes qu'ils se font successivement sentir; tantôt c'est dans la même, et presque toujours alors c'est là que le rhumatisme aura son siége lorsqu'il se manifestera.

Quant aux symptômes précurseurs proprement dits, ils n'offrent rien de bien remarquable. Souvent ils sont nuls ou presque nuls; ils ne se présentent guère que dans les cas où la maladie débute avec une certaine intensité. Cette règle n'est pas néanmoins sans exception : j'ai vu le rhumatisme commencer par un paroxysme fébrile, et n'offrir que les symptômes et la marche du rhumatisme chronique. Dans plusieurs cas, un rhumatisme aigu très-intense s'est montré sans aucun autre symptôme précurseur que des douleurs vagues qui gênaient le mouvement depuis quelques jours. Les malades éprouvent des lassitudes spontanées ou une fatigue qui n'est pas proportionnée à l'exercice qu'ils ont pris les jours précédens; les membres sont lourds, les mains et les pieds deviennent pâles et engourdis; c'est par eux ordinairement que le frisson commence. Dans

quelques cas, c'est par l'épine du dos, comme dans l'épidémie de *Storck*. Je l'ai vu commencer par les hanches, qui furent le siége des premières douleurs. Dans tous les cas, il s'étend bientôt au reste du corps, quelquefois avec un tremblement général. A ces premiers symptômes succède une chaleur universelle, accompagnée d'anxiété dans la région précordiale; le pouls devient fréquent et serré, la soif vive, la respiration accélérée, l'agitation générale. Dans deux cas, j'ai vu quelques lipothymies se joindre à ces phénomènes; mais communément les symptômes précurseurs sont beaucoup moins intenses.

Invasion. L'invasion du rhumatisme succède quelquefois à des symptômes variés, souvent aussi elle est soudaine. Elle a lieu par une douleur tantôt obscure, qui s'accroît avec plus ou moins de rapidité; tantôt vive, au point de suspendre tout à coup le mouvement. Chez un des malades que j'ai observés, elle se manifesta subitement pendant la marche dans les deux genoux, avec une telle intensité, qu'il ne put ni marcher ni prévenir la chute qui eut lieu presque aussitôt. Chez un autre, qui depuis huit jours éprouvait seulement une gêne légère dans le mouvement, la douleur se fit sentir avec une telle violence dans la cuisse, que toute flexion de la jambe devint impossible, et que, pour gagner sa maison, le malade fut obligé à chaque pas de soulever avec la main correspondante et de porter en avant la cuisse affectée. L'invasion du rhumatisme peut également avoir lieu pendant la veille et le sommeil. Dans ce dernier cas, le malade se réveille avec une douleur plus ou moins vive dans quelque partie du corps, sans qu'il puisse savoir à quel moment elle a commencé, et quelle a été son intensité au début.

Symptômes. Je considérerai d'abord isolément les divers symptômes locaux et généraux que présente le rhumatisme; je les suivrai ensuite dans leur ensemble en traçant la marche de la maladie.

La *douleur* est, de tous les symptômes, le premier qui se manifeste, le seul qui soit constant. Elle n'offre pas moins de variété par sa nature, son intensité, son type, que par la multitude de parties qui peuvent en être le siége. Le plus souvent elle est contusive ou pulsative. Beaucoup de malades comparent le mal qu'ils éprouvent à celui que produirait un instrument aigu qui traverserait à plusieurs reprises la partie affectée, ou plusieurs lames qui s'y enfonceraient simultanément dans diverses directions; d'autres accusent un simple picotement, un engourdissement incommode, une tension ou bien une sorte de constriction; quelques-uns se plaignent d'une sensation de morsure ou de déchirement. La nature de la douleur est quelquefois la même, au niveau des articulations et dans les intervalles; plus souvent elle est différente; mais quand elle occupe un grand nombre de parties, il arrive communément qu'elle n'est la même ni dans toutes les articulations, ni dans les espaces inter-articulaires, et que celle qui occupe la continuité des membres offre le même caractère que celle qui se fait sentir au contour de quelque jointure. Dans le mouvement, elle a presque toujours un caractère lancinant; elle ressemble quelquefois à celle que produit une décharge électrique. Après avoir persisté pendant un certain temps dans les mêmes parties, elle change ordinairement de nature; mais quelquefois aussi, en diminuant d'intensité, elle conserve absolument le même caractère, qu'on retrouve encore dans le rhumatisme chronique. Ce dernier peut offrir tous les genres de douleurs qu'on rencontre dans le rhumatisme aigu; il y a seulement cela de particulier, que dans les douleurs lancinantes ou perforantes, il semble presque toujours au malade que la cause matérielle qui paraît produire le mal se meut avec lenteur; tandis que dans le rhumatisme aigu elle agit avec une grande rapidité. Dans quelques cas aussi, les malades croient sentir un liquide, un corps sphérique qui roule dans les parties affectées. En songeant qu'ils comparent les

sensations qu'ils éprouvent à d'autres, que le plus souvent ils n'ont jamais éprouvées et qu'ils ne connaissent pas, on sera convaincu de l'incertitude que doit présenter la nature de la douleur.

Intensité. Elle peut offrir tous les degrés entre un simple malaise, une sensation incommode, dont le malade s'aperçoit à peine, et ces souffrances atroces qui lui arrachent des cris involontaires. En général, elle est plus vive au niveau des articulations que dans les espaces intermédiaires; quelquefois même elle s'y fait sentir exclusivement. Cette remarque n'est pas bornée aux membres, elle s'étend même aux os de la tête; *Arétée* a observé que le rhumatisme se fait sentir dans tout le trajet des sutures : généralement aussi les douleurs sont plus vives dans les petites articulations que dans les grandes; mais cette double disposition n'est pas constante. Dans quelques cas, on observe le contraire : dans d'autres, toutes les parties sont également douloureuses; mais, pour montrer combien cela doit être rare, il suffit de faire remarquer que, dans le contour d'une seule articulation, d'un seul membre, elle offre presque toujours plusieurs degrés d'intensité. La douleur augmente spontanément dans certaines circonstances que j'indiquerai en parlant de la marche. Elle devient plus vive aussi par certaines causes qui peuvent agir à tout instant sur elle, comme la pression extérieure, dont l'effet est quelquefois tel, que les malades ne peuvent supporter le poids des couvertures, et qu'il devient nécessaire de les soutenir sur des cerceaux : l'impression du froid extérieur est, dans quelques cas, agréable aux malades, et semble modérer leur douleur, quand celle-ci est accompagnée d'une chaleur vive; chez d'autres, elle l'augmente; mais le plus souvent elle est sans action sur elle. Il est à peine nécessaire de dire qu'on ne doit pas confondre ici l'impression du froid sur la peau et son influence sur l'intensité du mal. J'ai vu, dans un cas, la partie affectée moins sensible au froid extérieur que les parties voisines; mais com-

munément on observe le contraire, autant sans doute à cause de l'habitude où sont les malades de la couvrir davantage, que par l'effet de la maladie. La douleur est généralement beaucoup moins forte dans le rhumatisme chronique que dans le rhumatisme aigu; cependant elle peut présenter dans ce dernier peu d'intensité, et être portée au plus haut degré dans l'autre. Quelques auteurs ont encore observé qu'elle était plus vive dans les membres inférieurs que dans les supérieurs (*Razoux*); chez les femmes que chez les hommes (*Arétée*); dans les climats chauds que dans les pays tempérés (*Cassan*).

C'est surtout par son *type* que la douleur diffère dans les deux espèces de rhumatisme; elle est toujours continue dans le rhumatisme aigu intense, souvent dans le rhumatisme aigu léger; dans l'espèce chronique elle est constamment intermittente. Elle ne se fait alors sentir qu'à des intervalles plus ou moins éloignés, ou sous l'influence des mêmes causes qui l'augmentent, dans le cas précédent.

La *chaleur* locale est tantôt augmentée et tantôt diminuée dans cette maladie : souvent aussi elle est la même que dans le reste du corps : quelquefois elle présente successivement ces trois degrés dans la durée d'un rhumatisme, dont la marche devient différente; ainsi l'on voit chez le plus grand nombre des malades la chaleur, d'abord vive, le devenir successivement moins, et plus tard une sensation de froid la remplacer. Quelquefois aussi ces phénomènes se succèdent dans un ordre tout différent, et les malades accusent un froid plus ou moins vif dans les mêmes parties, qui deviennent ensuite le siége d'une chaleur brûlante. *Cattier* a observé cette particularité, qui s'est aussi présentée à moi. Dans quelques cas beaucoup plus rares, les mêmes parties sont alternativement, et dans le même jour, le siége d'une sensation de chaud et de froid. On voit presque constamment la chaleur coïncider avec la douleur continue, et cesser quand celle-ci devient intermittente. C'est seulement dans le rhumatisme chronique qu'une sen-

sation de froid lui succède : rarement, dans cette espèce, observe-t-on une élévation momentanée de la chaleur locale. Quant à la nature de la chaleur dans ces affections, elle est rarement franche comme dans les inflammations ; en général, elle est âcre, mordicante, et semblable, dans quelques cas, à celle de l'érysipèle, comme le prouve l'observation très-curieuse de *Tralles*, qui, après s'être exposé au froid, éprouva dans l'épaule gauche une douleur rhumatismale accompagnée d'une chaleur tellement cuisante, que ce médecin crut être affecté d'un érysipèle sur cette partie. L'élévation ou la diminution de la chaleur, et le caractère d'âcreté qu'elle présente au malade, sont quelquefois mais rarement appréciables pour le médecin. Les degrés de la chaleur suivent assez exactement ceux de la douleur ; ils augmentent et diminuent de concert. Je ferai seulement remarquer que l'exaspération de la douleur par la pression ou le mouvement n'est pas accompagnée généralement d'une semblable augmentation de la chaleur, qui ne devient plus vive que dans les paroxysmes spontanés.

Le *gonflement* peut se manifester dans le rhumatisme aigu et chronique, mais surtout dans le premier. On ne l'observe guère qu'au niveau des articulations ; il offre encore cela de particulier, d'être d'autant plus apparent, qu'il occupe des articulations plus petites ; il est plus considérable aux articulations des phalanges entre elles, et au carpe que partout ailleurs ; il l'est successivement moins aux poignets, aux malléoles, aux coudes et aux genoux, où, souvent, après un examen attentif, on n'ose encore décider s'il existe. Enfin il ne s'est peut-être jamais présenté dans les articulations de l'épaule et de la hanche. Le gonflement n'est pas toujours borné aux parties articulaires ; il s'étend, quelquefois même assez loin, dans les parties voisines. Il n'est pas bien certain qu'il se soit manifesté isolément dans les espaces inter-articulaires. Quelques auteurs disent l'avoir observé dans le torticolis (*Gilibert*), et dans le rhumatisme des joues (*Rodemacher*) ; mais ces

témoignages ne me paraissent pas suffisants. Cette tuméfaction est *rénitente*, puis molle, et même œdémateuse, non-circonscrite ; elle disparaît insensiblement dans les parties voisines, et n'est bien sensible qu'au milieu de celle qu'elle occupe ; en sorte qu'il est impossible d'indiquer d'une manière certaine le lieu où elle commence et celui où elle cesse : tout ce que je viens de dire s'étend à la rougeur, et je ne le répéterai pas. Je ne crois pas devoir faire d'exception à cette règle pour un seul cas qui s'est offert à moi. Un homme de quarante ans était retenu depuis quinze jours à l'hôpital par un rhumatisme articulaire assez intense ; la douleur se porta sur le dos de la main, et présenta au niveau de la face dorsale de l'os semi-lunaire une sorte de tache bleuâtre circonscrite, aussi prononcée à la circonférence qu'au centre, accompagnée de chaleur et d'un gonflement sensible ; la douleur augmentait par le mouvement et la pression : ces symptômes disparurent en quelques jours.

La douleur seule accompagne constamment le gonflement ; la rougeur et la chaleur s'y joignent seulement dans le rhumatisme aigu. Plusieurs auteurs, *Sauvages*, *Richter*, *Buchhave* parlent de tumeurs ovoïdes qui se montrent tout à coup, disparaissent de même, et occupent surtout les parties charnues des extrémités. Je ne fais que les indiquer ici, parce que, n'ayant pas eu occasion de les observer, je ne puis m'en former qu'une idée fort obscure.

La *rougeur* est un symptôme qui ne se manifeste que dans le rhumatisme aigu : elle est toujours accompagnée de douleur, de gonflement et de chaleur ; cette dernière néanmoins peut cesser pendant que la rougeur subsiste encore. Elle offre des degrés nombreux entre la couleur vive de l'érysipèle et une coloration légère que l'œil distingue à peine de celle qui est naturelle à la peau. *Leidenfrost* a remarqué que, quand on appuie le doigt sur une partie affectée de rhumatisme, on y produit une blancheur plus vive que dans les parties saines : en admettant que le

point douloureux offre une rougeur à peine sensible, on voit clairement la cause de cette erreur. La rougeur ne persiste guère au-delà de quelques jours dans les parties qu'elle occupe, mais quand elle y reste plus long-temps, elle prend une nuance livide ou violacée, qui souvent ne disparaît qu'incomplètement par la pression. Enfin, dans quelques cas de rhumatisme chronique, on a cru remarquer de la pâleur dans les parties malades; je ne l'ai rencontrée dans aucun cas. On peut joindre aux symptômes locaux la sécheresse de la peau indiquée par quelques auteurs (*Hoffmann, Cowling*), et qui se présente quelquefois dans la partie affectée de rhumatisme chronique, tandis que tout le reste du corps est couvert d'une sueur abondante. Je n'ai jamais eu occasion d'observer ce phénomène.

Lésions du mouvement.

La contraction des muscles ne s'exécute jamais librement dans les parties qu'occupe le rhumatisme; elle peut être complètement empêchée; elle peut n'éprouver qu'une gêne légère, et offrir tous les degrés intermédiaires. Le mouvement augmente ou provoque constamment la douleur; c'est là un des symptômes caractéristiques de la maladie : nous avons vu, en parlant de son siége, que l'augmentation de la douleur était proportionnée à la force qu'emploie le muscle en se contractant, et que le mouvement communiqué était toujours beaucoup moins douloureux, quelquefois même ne l'était pas; je ne reviendrai pas sur ces objets; je ferai remarquer seulement que, dans un degré modéré de la maladie, il semble que non seulement la douleur suspende la contraction, mais encore qu'il y ait dans le muscle affecté diminution de l'aptitude à se contracter. Cette diminution de la faculté contractile devient plus manifeste encore dans quelques cas, où elle persiste seule long-temps après que la douleur a disparu, quoique le mouvement n'ait été tout-à-fait suspendu que

pendant peu de jours. On peut tout au plus la soupçonner dans le rhumatisme aigu très intense. Les crampes, les soubresauts, les tremblements, les mouvements involontaires, les convulsions (*Buchhave, mém. soc. Copenhag.*), le tétanos (*Storck*) qu'on observe quelquefois, peuvent être en même temps produits et par la violence de la douleur, et par le désordre de la contractilité musculaire.

Les muscles sont aussi, dans quelques cas, le siége d'une sorte d'engourdissement qui peut être continu, ou revenir seulement après le sommeil ou un repos prolongé; c'est ce que j'ai eu occasion d'observer chez plusieurs malades: dans l'un d'eux, cet engourdissement occupait tantôt une partie, tantôt une autre parmi celles qui avaient été précédemment douloureuses; il disparaissait après plusieurs contractions.

Un phénomène opposé à celui-ci, et qui se présente moins souvent, est la contracture des muscles, dont les deux extrémités se rapprochent et résistent aux forces qui tendent à les éloigner; elle occupe rarement la totalité des muscles d'un membre; c'est surtout, et peut-être même exclusivement, dans les fléchisseurs qu'on l'observe. Ce symptôme en général ne se manifeste que quand la maladie existe depuis un temps fort long, quelquefois néanmoins après une courte durée. Un jeune homme de vingt ans contracta à l'armée un rhumatisme aigu qui occupa le côté droit du corps pendant deux mois: à cette époque, la douleur et le gonflement avaient presque disparu; mais les muscles fléchisseurs de la cuisse rétractés ne permettaient même pas à la jambe de faire avec elle un angle droit; à l'avant-bras la contracture était encore plus remarquable, en ce qu'elle ne portait que sur la portion des muscles fléchisseurs destinée au petit doigt et à l'annulaire, qui sont restés depuis dans une flexion forcée. L'usage extérieur des eaux de Barèges fit cesser la rigidité des muscles de la cuisse.

L'atrophie des muscles est un autre phénomène qui,

comme le précédent, ne se montre communément que dans la dernière période de la maladie; mais quelquefois aussi après un temps fort court. J'ai vu l'atrophie survenir après six mois de maladie dans un cas, et soixante jours dans un autre.

Le trouble porté à la faculté contractile des muscles détermine, dans les fonctions auxquelles ces muscles coopèrent, certains désordres que je vais indiquer ici. Tel est le trouble de la vue dans le rhumatisme des muscles moteurs de l'œil, l'écoulement des larmes et de la salive dans celui qui occupe les muscles des paupières et des lèvres, la difficulté de prononcer certains mots dans cette dernière variété; la gêne de la déglutition dans le torticolis (Gilibert, *Adver. medic. pract.*), celle de l'inspiration dans le rhumatisme des parois thoraciques, et celle enfin qui accompagne les efforts expirateurs dans celui des muscles abdominaux.

La *situation des parties malades* appartient aux symptômes locaux, et terminera ce qui me reste à dire sur ce sujet : quand le rhumatisme occupe les membres, les articulations sont tenues dans une demi-flexion, à l'exception des phalanges, qui sont toujours alors dans l'extension complète. Lorsqu'il a son siége dans le poignet et à l'avant-bras, ces parties sont toujours placées en travers sur le thorax, qui leur fournit un appui. Quand il attaque un des côtés du corps, ou seulement du tronc, le décubitus a d'abord lieu sur le côté opposé; mais plus tard, quand il ne reste qu'une légère douleur et une sensibilité plus grande au froid extérieur, c'est communément sur ce côté, tenu ainsi plus chaudement, que se couche le malade; c'est sur le dos, dans le rhumatisme général; si l'affection est bornée à la région vertébrale, la colonne est ordinairement courbée en devant, quelquefois l'inclinaison est latérale, comme on l'observe dans le torticolis; quelques malades même soutiennent leur tête avec la main de ce côté; la tête et le tronc exécutent alors simultanément des mouvemens généraux.

Symptômes généraux.

Le rhumatisme est souvent une affection purement locale, qui n'excite aucun désordre dans les organes qui n'en sont pas le siége ; mais, quand il est intense et aigu, on observe des symptômes généraux que je vais passer en revue : la figure est rouge et animée ; elle participait à la tuméfaction générale dans l'épidémie décrite par *Storck :* l'habitude générale n'offre rien autre chose de remarquable qu'une agitation continuelle, résultat du malaise que produit la même position, et de la douleur qui accompagne le mouvement nécessaire pour en prendre une nouvelle. L'appétit est suspendu dès le début ; la soif vive, la constipation qu'on observe presque constamment sont sans doute en partie l'effet de la maladie ; mais le repos absolu, l'emploi des sudorifiques et des narcotiques sont autant de causes qui doivent y concourir. Ce symptôme s'observe dans presque toutes les espèces de rhumatismes.

La respiration n'est jamais accélérée qu'en raison de la fréquence du pouls, et la gêne qui surviendrait dans cette fonction devrait faire craindre une complication fort grave, si elle était indépendante de toute affection des muscles du thorax. Le pouls est fréquent et dur, plein ou serré ; la chaleur élevée, ordinairement franche, quelquefois un peu âcre, surtout à l'époque où le rhumatisme, comme la plupart des maladies aiguës, prend un caractère bilieux : la peau est, en général, douce au toucher, bien rarement sèche, communément, au contraire, il se manifeste des sueurs extrêmement copieuses, qui sont le plus souvent inutiles dans le commencement, deviennent quelquefois nuisibles, et plus rarement encore ont été critiques. M. *Cassan*, qui a pratiqué la médecine aux Antilles, a observé que les sueurs même considérables ne soulageaient pas, tandis que l'exposition à un courant d'air frais, et les frictions huileuses qui modèrent ou empêchent la transpi-

ration, produisaient une amélioration sensible. J'ai vu quelquefois les sueurs suivies d'un soulagement marqué, mais fort court. Chez beaucoup de malades, ce ne fut qu'après la cessation des sueurs qu'il survint une diminution notable dans l'intensité des symptômes; chez un petit nombre, cette diminution coïncida avec le retour des sueurs momentanément suspendues. L'urine est ordinairement rouge au début de la maladie; à mesure que celle-ci avance et que la fièvre a des rémissions plus sensibles, elle dépose un sédiment briqueté, qui néanmoins n'est pas essentiellement critique; car souvent la maladie continue longtemps après qu'il a paru (*Cullen*). Dans l'épidémie de *Storck*, elle fut épaisse, trouble, fétide, et excrétée avec ardeur, tant que la fièvre dura; ensuite elle devint épaisse et sédimenteuse; elle est quelquefois pâle et ténue pendant les paroxysmes. Le sang, tiré des veines, a aussi fixé l'attention de plusieurs médecins. *Sauvages* a remarqué qu'il présentait une couenne moins épaisse que dans la pleurésie; *Stoll* l'a trouvée plus dense que dans toute autre affection inflammatoire. *Clopton Havers*, conduit par ses idées théoriques plutôt que par l'observation, avait cru reconnaître dans le liquide accumulé sous l'épiderme, par l'action des vésicatoires, la consistance et la nature gélatineuse qu'il supposait à celui que devaient sécréter ses prétendues glandes : plusieurs faits me portent à croire que le rhumatisme n'a aucune influence appréciable sur la nature de ce liquide. Quant aux forces, elles ne sont troublées que dans les parties qu'occupe la maladie. Dans quelques cas il y a perte absolue du sommeil; chez quelques-uns, l'intensité des douleurs l'empêche complètement pendant toute la durée du paroxysme; chez les autres, il est seulement interrompu à de courts intervalles par les exaspérations répétées des symptômes; dans l'un et l'autre cas, le sommeil a lieu le matin au moment de la rémission.

Enfin il est assez ordinaire qu'une céphalalgie plus ou moins forte se joigne aux autres phénomènes de la maladie.

L'amaigrissement général du corps, la constipation, la sécheresse de la peau, ou des sueurs inutiles, la couleur orangée de l'urine avec énéorème, l'insomnie, sont les seuls symptômes généraux que présente communément le rhumatisme chronique intense.

Marche de la maladie.

La marche de la maladie est extrêmement variable. Je la tracerai successivement dans le rhumatisme aigu et chronique, suivant qu'ils sont légers ou graves; en montrant ainsi les extrêmes, on supposera facilement les degrés intermédiaires.

Le *rhumatisme aigu intense* (*fièvre rhumatismale*) est presque toujours précédé des symptômes précurseurs que j'ai indiqués; ils peuvent durer un ou deux jours avant l'invasion. Celle-ci a lieu par une douleur vive et continue qui correspond à une ou plusieurs articulations, ou aux intervalles qui les séparent; elle devient successivement plus intense pendant les deux ou trois premiers jours; il s'y joint d'abord de la chaleur, plus tard du gonflement et de la rougeur. *Cullen* pensait que la tuméfaction et la rougeur faisaient cesser la douleur; il m'a paru, au contraire, que la douleur augmentait avec la tuméfaction, et que ce n'était qu'au moment où celle-ci avait acquis tout son développement que la douleur commençait à diminuer dans le lieu primitivement affecté; j'ai même vu chez un malade l'une et l'autre s'accroître, diminuer et cesser en même temps; mais ordinairement, lorsque la tension et la rougeur deviennent moindres, le gonflement persiste encore; il ne cesse qu'avec plus ou moins de lenteur, et laisse quelquefois, dans les parties affectées, des rides ou une sorte d'œdématie qui disparaissent peu à peu. Mais en même temps que la douleur s'affaiblit dans cette partie, elle commence à se faire sentir dans une autre, quelquefois dans plusieurs; tantôt elle semble, en changeant de lieu,

suivre le trajet des muscles; tantôt, au contraire, elle se porte dans des articulations très-éloignées, sans s'être fait sentir dans les intervalles; elle ne cesse dans la première que quand elle a acquis dans les autres une certaine intensité. Cette règle n'est pas néanmoins sans exception, et, dans quelques cas, il y a un intervalle marqué entre le temps où la douleur cesse dans un point et celui où elle se transporte ailleurs. Dans quelques autres cas, au contraire, on remarque que la partie sur laquelle a agi immédiatement la cause qui a produit le rhumatisme reste douloureuse pendant tout le cours de la maladie, et que la douleur y devient seulement plus ou moins forte, suivant qu'elle diminue ou augmente dans les autres endroits momentanément affectés. Enfin, quelquefois la douleur se porte dans un temps très-court, en vingt-quatre heures, par exemple, sur beaucoup d'articulations dans lesquelles elle augmente simultanément d'intensité, sans diminuer ni même être stationnaire dans celles qui ont été les premières affectées.

Dans des cas fort rares, la maladie offre au début sa plus grande violence, et devient de jour en jour moins grave jusqu'à sa terminaison : le plus souvent elle augmente pendant quelques jours, diminue ensuite, se montre dans une autre partie, où elle augmente et diminue de même. On pourrait voir de cette manière, dans beaucoup de rhumatismes aigus, une série d'affections partielles qui, successivement, sont la crise de celles qui ont précédé et se jugent par l'apparition d'une maladie semblable dans un autre lieu, jusqu'à ce que, ces affections partielles diminuant peu à peu d'intensité, la maladie elle-même disparaisse insensiblement, ou bien jusqu'à ce qu'une de ces affections se juge par une évacuation critique ou une autre maladie.

C'est ordinairement pendant la nuit, comme l'observe *Cullen*, que la douleur change de place; et plusieurs malades s'étonnent à leur réveil de n'en plus sentir dans le lieu qui la veille était affecté, et de l'éprouver dans une partie qui était libre.

Dans cette espèce de rhumatisme, le mouvement des parties douloureuses est complètement impossible ; le mouvement communiqué, la commotion légère imprimée au plancher par les personnes qui marchent dans la chambre du malade, lui font pousser des cris ; la pression la plus légère lui est insupportable, et en même temps qu'il réclame pour tous ses besoins les secours de ceux qui l'entourent, il tremble en les voyant s'approcher de lui, dans la crainte qu'on ne le touche. C'est aussi dans ce cas qu'on observe les symptômes généraux dont j'ai parlé.

La fièvre cesse presque toujours avant les douleurs ; elle se juge, suivant *Barthez*, par une crise partielle, vers la fin du deuxième ou troisième septénaire, quelquefois dès le quatrième ou septième jour, soit par les urines, soit par les sueurs ; les douleurs deviennent alors plus modérées et plus circonscrites. Cependant *Sydenham* a observé dans quelques cas qu'elles devenaient beaucoup plus intenses.

Le *rhumatisme aigu léger* est ordinairement précédé d'un simple frisson : la fièvre qui lui succède, et qui accompagne l'invasion, ne dure quelquefois que vingt-quatre heures, et ne persiste pas au-delà de deux à trois jours ; d'autres fois aucun symptôme général ne l'annonce et ne s'y joint. Cette espèce peut être primitive, précéder le rhumatisme aigu intense, ou se montrer après lui. La douleur est ordinairement bornée à peu de parties, quelquefois à une seule : son intensité est médiocre ; tantôt elle se fait sentir d'une manière continue, tantôt seulement pendant la nuit. La chaleur est intermittente comme la douleur. On n'observe pas de rougeur dans les parties affectées, presque jamais de gonflement. Le mouvement n'est pas tout-à-fait suspendu ; il n'est, en général, que douloureux et gêné. Cette variété offre les mêmes symptômes que le *rhumatisme chronique léger* ; elle en diffère par la durée, peut-être par les causes, mais surtout par la marche même de la maladie, qui, observée pendant un certain nombre de jours, offre dans le rhumatisme aigu léger une tendance

marquée vers une terminaison heureuse, une diminution graduée et continue des symptômes, qui sont à peu près stationnaires dans l'espèce correspondante du rhumatisme chronique. Le type toujours intermittent de la douleur, la diminution presque constante de la chaleur, qui n'est jamais augmentée, concourent encore à distinguer cette dernière espèce.

Dans le *rhumatisme chronique intense*, qui paraît succéder toujours à l'une des espèces précédentes, la douleur peut être aussi forte que dans l'affection aiguë; mais elle n'est pas continue, et la chaleur, qui quelquefois l'accompagne, est passagère. Le gonflement, quand il se manifeste, ne se présente jamais avec la rougeur et la *rénitence* qu'on observe dans le premier cas. Le mouvement est souvent tout-à-fait suspendu; mais nul trouble de la circulation ne s'y joint, si ce n'est lorsque la fièvre hectique vient le terminer. Cette dernière variété diffère encore des deux premières, en ce qu'elle ne tend pas comme elles vers la guérison, et qu'elle n'est pas stationnaire comme la troisième, mais que, par les symptômes généraux qui s'y joignent, et quelquefois même par l'augmentation des symptômes locaux, elle tend évidemment à s'aggraver.

Dans l'une et l'autre espèce de rhumatisme chronique, et surtout dans la seconde, on remarque moins de mobilité dans les symptômes, qui changent rarement de siége, et souvent persistent opiniâtrément dans la même partie. Ces quatre espèces ne sont pas, comme on le voit, des maladies distinctes et indépendantes l'une de l'autre, mais seulement des degrés ou des périodes divers d'une affection semblable, qui se montrent communément dans l'ordre suivant lequel je les ai présentés, mais suivant aussi quelquefois un ordre différent ou même tout opposé : des nuances multipliées les unissent l'une à l'autre, et le même individu peut les offrir toutes successivement.

Beaucoup de causes paraissent influer sur la marche du rhumatisme; je vais les examiner successivement. L'âge

adulte, le tempérament sanguin, la force de la constitution, semblent devoir imprimer à la maladie une marche rapide, tandis qu'au contraire la vieillesse, le tempérament lymphatique, une constitution débile, paraissent prédisposer au rhumatisme chronique. Peut-être aussi les causes extérieures qui précèdent le début de la maladie, et celles qui ont agi pendant long-temps avant son développement, ont-elles une influence marquée sur le cours de cette affection. Néanmoins l'observation prouve que tous les âges, tous les tempéramens, toutes les constitutions, peuvent présenter les diverses espèces de rhumatisme, et que les mêmes causes extérieures qui ont précédé l'invasion de l'espèce aiguë ont souvent aussi paru produire le rhumatisme chronique.

La nuit, comme l'ont observé la plupart des auteurs, semble donner à cette affection un caractère rémittent. Chez tous les rhumatisans que j'ai vus, si j'en excepte deux, les paroxysmes avaient lieu la nuit : quelques-uns les attribuaient à l'exercice qu'ils avaient pris le jour ; mais en ayant engagé plusieurs à garder le lit, ils ont éprouvé le soir la même exaspération des douleurs. Cette observation est d'accord avec ce qu'on voit chez tous ceux à qui l'intensité du mal ne permet pas le moindre mouvement : on a remarqué, à la vérité, que, dans quelques cas où les douleurs étaient très-violentes, les paroxysmes nocturnes n'avaient point lieu ; mais cela ne s'observe guère que pendant les trois à quatre premiers jours, et bientôt ils deviennent très-prononcés. Dans le rhumatisme aigu intense, ces paroxysmes sont caractérisés par une augmentation des symptômes locaux et généraux, précédée chez quelques uns d'une sensation de froid dans la région vertébrale. Dans le rhumatisme aigu léger, la douleur, qui pendant le jour était presque nulle, commence à se faire sentir plus vivement vers le coucher du soleil ou le milieu de la nuit, s'accroît avec plus ou moins de rapidité, et parvient à un degré d'intensité qu'elle conserve pendant un quart d'heure,

une ou plusieurs heures, ou même toute la nuit; ensuite elle cesse peu à peu, quelquefois dans un temps égal à celui pendant lequel elle s'est accrue, mais généralement avec plus de lenteur : chez quelques uns, elle acquiert tout à coup son intensité, qu'elle conserve pendant trois à quatre heures, et diminue ensuite par degrés, jusqu'à ce qu'elle ait repris sa force ordinaire; chez d'autres, elle augmente et diminue plusieurs fois, sans néanmoins cesser d'être plus vive que dans le jour : chez quelques malades, elle commence à se faire sentir pendant le sommeil, que bientôt elle interrompt. J'ai observé plusieurs fois que la longueur et la violence des paroxysmes deviennent successivement moindres, à mesure que la maladie s'avance vers une fin heureuse. Dans les deux espèces de rhumatisme chronique, on rencontre quelquefois des phénomènes semblables à ceux de l'espèce précédente; mais en général on voit seulement les petits paroxysmes qui surviennent spontanément pendant le jour devenir alors plus intenses et plus longs, et être séparés par des intervalles plus courts.

On n'a jamais cru que l'état de l'atmosphère eût sur le rhumatisme fébrile une influence bien sensible. Je me suis assuré qu'il en était de même du rhumatisme aigu léger, et je l'ai toujours vu marcher d'un pas à peu près égal vers la guérison, indépendamment de toutes les variations de l'air. Mais on a sur la même affection devenue chronique une opinion tout opposée. La plupart des malades déclarent en effet que leurs douleurs deviennent plus vives, leurs mouvemens plus gênés, dans les temps froids et humides, et surtout dans les jours qui précèdent les grands changemens atmosphériques. Quelques médecins ont remarqué que les vents du nord (*Roussel*, hôp. d'Auxonne), l'abaissement du mercure (*Clerc*), en augmentaient aussi l'intensité. Dans le but d'éclaircir ces diverses questions, j'ai noté chaque jour, depuis le mois de novembre 1812 jusqu'en avril 1813, chez trente malades, les changemens survenus

dans les symptômes et dans les propriétés sensibles de l'air; et voici les résultats que j'ai obtenus : dans aucun temps les douleurs n'ont été exaspérées ou adoucies chez tous les malades à la fois. Chez un très-petit nombre la pluie ou les brouillards, la sécheresse ou l'humidité de l'air, l'élévation ou l'abaissement du thermomètre et du baromètre, ont constamment coïncidé, soit à la diminution, soit à l'augmentation des douleurs. Elles ont, chez la plupart des malades, tantôt augmenté et tantôt diminué dans les mêmes circonstances atmosphériques, et souvent elles sont demeurées stationnaires dans les grandes variations. Quant aux pressentimens des malades sur ces prochaines variations, jamais ils n'ont été les mêmes chez tous; aucun ne les a annoncées toujours avec justesse; presque tous en ont plusieurs fois prédit, sans qu'aucune se soit présentée dans les jours suivans. J'ai vu un malade qui prétendait avoir remarqué que ses douleurs s'exaspéraient pendant le déclin de la lune; il est resté plusieurs mois à l'hôpital, et le même phénomène ne s'est pas offert. Mais si les mutations fréquentes qui surviennent dans une même saison n'impriment à la marche du rhumatisme aucune modification bien marquée, il n'en est pas de même de ces grands changemens amenés par les diverses saisons; et l'expérience démontre que c'est surtout dans celles qui sont froides et humides que sévit le rhumatisme chronique, tandis que pendant l'été il se fait sentir avec moins d'opiniâtreté et moins de force.

Certaines circonstances de la vie, la gestation entre autres, influent également sur sa marche. « Une femme éprou- » vait, avant de concevoir, de la douleur dans la hanche; » après la conception la douleur cessa, et reparut vingt » jours après l'accouchement. » (*Hipp.* Épidém. 2). Dans quelques cas, les premières douleurs paraissent avoir produit un effet semblable. (*Rodamel.*)

Les maladies qui se développent en même temps que le rhumatisme, et celles qui surviennent pendant la durée de

cette affection, n'y portent, dans quelques cas, aucun changement; mais communément on les voit en ralentir ou en suspendre le cours, soit pendant toute leur durée, soit seulement lorsqu'elles sont à leur plus haut degré. Un homme affecté depuis long-temps d'un rhumatisme à l'épaule eut une éruption de petits boutons érysipélateux sur cette partie; la douleur rhumatismale cessa presque entièrement, et ne reprit son intensité première qu'après la desquamation. Un autre fut pris à la fois de péripneumonie et d'un rhumatisme aigu, qui, léger dans le commencement, devint très-intense vers le déclin de la péripneumonie; dans un autre cas où la même complication existait, le rhumatisme fut tout-à-fait suspendu depuis le neuvième jusqu'au dix-huitième jour, et ce ne fut qu'au moment de la cessation complète de l'inflammation pulmonaire qu'il reprit son cours. On lit dans le Journal de Médecine, t. 74, qu'un lumbago cessa pendant que la joue était le siége d'un gonflement inflammatoire, et qu'il reparut après que celui-ci se fut dissipé. D'autres fois ce n'est qu'un certain temps après la terminaison de l'affection survenue que le rhumatisme reparaît. Un jeune homme affecté depuis très-long-temps de cette maladie eut pendant son séjour à l'hôpital une fièvre muqueuse, puis un érysipèle à la face; alors non-seulement la douleur ne se fit pas sentir, mais ce ne fut qu'environ quinze jours après leur terminaison que le rhumatisme reparut. Dans quelques autres circonstances, ces maladies ne se montrent qu'à l'époque où il touche à sa fin, il est alors presque impossible de décider si la cessation entière de cette affection est l'effet de la diminution graduée des symptômes ou des phénomènes survenus. Deux malades affectés de rhumatisme aigu léger n'éprouvaient plus d'autre douleur qu'une raideur incommode dans la marche. Ils furent pris, l'un d'une fièvre muqueuse, l'autre d'une diarrhée involontaire, jointe au météorisme du ventre et à quelques autres symptômes alarmans qui disparurent au bout de douze à quinze jours; quand les malades

quittèrent le lit pour la première fois, toute raideur avait cessé dans les membres précédemment affectés. Je m'abstiens de parler ici des maladies qui jugent le rhumatisme; elles appartiennent à ses terminaisons.

Durée du Rhumatisme.

La *durée* du rhumatisme est très-variable dans les diverses espèces. Dans le rhumatisme aigu, elle s'étend rarement au-delà du deuxième ou troisième septenaire, quand il est intense, et du sixième, quand il est léger; cette dernière espèce est celle de toutes qui peut se terminer le plus promptement; c'est la seule qui ait été, dans quelques cas, terminée dès le quatrième jour.

Le rhumatisme aign se termine assez souvent le quatorzième jour, surtout quand la marche de la maladie n'est troublée ni par les erreurs de régime, ni par un traitement actif: c'est ce qu'on peut appuyer sur un assez grand nombre d'observations rapportées par *Van-Swieten*, *Gilibert* et M. *Bayle* (Journal de Médecine, t. 5, p. 519). Le docteur *Haygarth* pense que cette espèce peut durer quatre-vingts jours; mais je crois que les exemples en sont infiniment rares: dans presque tous les cas où la maladie s'est prolongée au-delà du sixième septenaire, je l'ai vue offrir les caractères du rhumatisme chronique.

Cette dernière espèce ne dure guère moins de quarante jours, et peut se prolonger pendant toute la vie.

La durée du rhumatisme peut recevoir quelques modifications des parties qui en sont le siége. Ainsi le rhumatisme général ne se termine jamais avant la fin du deuxième septenaire. Le torticolis et la pleurodynie sont généralement ceux qui cessent le plus promptement, le lumbago est souvent un des plus opiniâtres. J'ai cherché à connaître quelle influence les âges et les saisons exercent sur la durée de la maladie. De quinze à trente, elle s'est terminée ordinairement avant le quarantième jour. De trente à quarante-cinq,

plus communément après le quarantième jour, dans le rapport de deux à un. Après quarante cinq ans, j'ai observé la même chose, mais dans le rapport de quatre à un.

Les rhumatismes que j'ai vus ont été beaucoup moins longs dans le printemps que dans toute autre saison; pendant l'automne, un nombre à peu près égal s'est terminé avant et après le quarantième jour; beaucoup de ceux qui se sont manifestés pendant l'été, et presque tous ceux qui ont débuté pendant l'hiver se sont prolongés au-delà de ce terme.

Terminaisons du rhumatisme.

La solution de la maladie peut être insensible, c'est-à-dire n'être accompagnée d'aucune crise appréciable; et c'est ce qu'on observe le plus souvent. Dans ces cas, les symptômes deviennent de jour en jour moins intenses, la douleur, qui ne se faisait plus sentir que par intervalles éloignés, est remplacée par une sorte de malaise local dans le repos, et une raideur seulement incommode dans le mouvement; plus tard, cette raideur ne se fait sentir qu'après un repos prolongé. Enfin ce n'est plus qu'au réveil que le malade en a quelque ressentiment, bientôt elle disparaît tout-à-fait. La guérison peut encore être accompagnée de divers symptômes critiques : des sueurs universelles et copieuses, une urine floconneuse et sédimenteuse, sont, de toutes les évacuations, celles qui accompagnent le plus fréquemment le déclin et la cessation de la maladie. Rarement des sueurs partielles ont produit le même effet (MULLER, *Eph. germ.*). J'ai vu, au déclin d'un rhumatisme aigu, reparaître une sueur des pieds habituelle, dont la suppression avait eu lieu vers le début de la maladie. Dans des cas fort rares, un écoulement de sang (*Baillou*), ou d'une espèce de sérosité (*Glisson*) par la membrane muqueuse des fosses nasales; plus souvent une salivation abondante (*Commerc. litt. nor.* 1737; MAUDUYT, *Mém. Soc. Méd.*, CLOPTON HAVERS, *de osteologiâ*); quelquefois des

excrétions alvines (*Quarin*) ont paru être les symptômes critiques du rhumatisme. *Tissot* et *Hoffmann* ont aussi considéré comme tels une espèce de gale qui survient dans le voisinage des parties souffrantes; dans un cas que j'ai observé, une éruption de vésicules miliaires aux lèvres a semblé juger la maladie.

Dans l'épidémie de *Storcq*, elle se termina souvent par des vastes tumeurs qui se manifestaient aux genoux, aux hanches, aux épaules ou aux régions inguinales; une de ces tumeurs placée entre les épaules contenait neuf livres de sérosité jaunâtre. Enfin *Hoffmann* a vu l'ouverture spontanée d'ulcères aux pieds coïncider avec la cessation des douleurs. Dans plusieurs cas aussi une éruption d'aphthes dans la bouche et le reste du conduit digestif a été la crise du rhumatisme, comme on en voit une observation fort curieuse insérée par *Ranoë* dans les actes de la Socité de Médecine de Copenhague. *Morton* en rapporte une autre dans laquelle il y eut à la fois éruption d'aphthes et salivation; ce fait particulier me conduit naturellement à une remarque générale: c'est que dans beaucoup de cas, il se montre à la fois plusieurs espèces d'évacuations critiques; celles qu'on observe le plus souvent sont des sueurs abondantes et des urines sédimenteuses. Dans les cas où le déclin de la maladie est accompagné de symptômes critiques bien prononcés, la cessation des douleurs est quelquefois subite, et presque toujours prompte; tandis que, dans le cas contraire, elle est plus ou moins lente et graduée.

Dans quelques circonstances, les symptômes critiques qui se manifestent ne font pas cesser la maladie, mais ils en diminuent seulement l'intensité: on voit après cette crise incomplète tantôt la maladie se terminer insensiblement (*Méd. clin. de M.* PINEL, p. 200, 206); tantôt être jugée par une crise secondaire: celle-ci a lieu soit par des évacuations ou éruptions semblables, soit par des phénomènes différens de ceux qu'a présentés la première. Chez un malade que j'ai observé, l'une et l'autre eurent lieu par des

sueurs. *Tissot* a vu quelquefois la crise auxiliaire produire une éruption de vessies suivie d'ulcérations.

La guérison n'est pas toujours complète, même lorsque des symptômes critiques se sont manifestés : souvent après que la douleur a disparu, on voit persister ou survenir la raideur, l'engourdissement, la contracture des muscles, et l'atrophie. Dans quelques cas même, les parties précédemment affectées restent privées du mouvement. D'autres fois on voit seulement des nodosités au contour des articulations, qui, chez quelques malades, offrent une véritable ankylose : on doit réunir à ces ankyloses des membres cette rigidité, ces courbures vicieuses que présente la colonne vertébrale à la suite du rhumatisme chronique qui a affecté cette région; mais souvent aussi il ne reste aucune gêne dans le mouvement, et quelquefois une simple faiblesse ou une raideur qui disparaissent peu à peu; aussi « un rhumatisme qui a occupé les articulations des pieds n'a-t-il pas » toujours empêché de disputer et d'obtenir le prix de la » course dans les jeux olympiques. » (*Arétée.*)

Terminaison par d'autres maladies.

La mobilité extrême du rhumatisme semble présenter la raison d'un phénomène qu'il offre souvent, je veux parler de son alternative avec les affections des viscères. On a pu, dans un temps où les théories étaient en faveur, considérer comme rhumatismale l'inflammation de la plèvre ou du poumon, qui succède au rhumatisme, et semble cesser par son retour; mais aujourd'hui qu'on ne voit dans ces maladies que ce que les sens peuvent y distinguer, on ne les regarde plus que comme des affections diverses qui se remplacent mutuellement, sans toutefois négliger les indications curatives que présentent les symptômes commémoratifs.

Ponsard remarque que les affections qui succèdent à la disparition subite du rhumatisme ont ordinairement leur

siége dans les parties les plus faibles : dans l'estomac, chez les grands mangeurs ; dans les poumons, chez les individus faiblement constitués ; dans le cerveau, chez ceux qui ont pris de l'opium. Je n'ai pas été à même de vérifier cette opinion ; mais je ferai observer qu'un médicament qui trouble la marche de la maladie ne détermine pas constamment l'affection des parties sur lesquelles il agit. Dans une observation de *Ranoë*, les poumons furent le siége des principaux accidens produits par une purgation intempestive. Le rhumatisme se juge fréquemment par diverses espèces de fièvres, de phlegmasies et de névroses. Je l'ai vu dans quatre cas cesser par l'apparition de la névralgie sciatique. *Storck* a vu plusieurs fois la pleurésie, et j'ai vu moi-même la péricardite succéder à cette affection et causer la mort des malades. *Tissot* a vu des abcès, soit dans la partie affectée, soit dans les parties voisines, être la crise de cette affection. Un autre ordre de maladies qui se manifeste encore lors de la disparition du rhumatisme, est celui des hydropisies.

Un homme entra à l'hôpital avec des douleurs rhumatismales dans la cuisse gauche ; elles cessèrent dans le même temps où le ventre commençait à être le siége d'un gonflement et d'une fluctuation manifeste. Une hydrocèle survenue dans une douleur ischiatique (*Stoll*) parut la modérer. Enfin l'hydropisie d'une articulation succède, dans quelques cas, au rhumatisme qui en occupe le contour (M. Gasc, *Mém. Soc. Méd. d'én. v.*).

Terminaison par la mort.

Il est bien rare que cette affection conduise les malades à la mort ; cependant cela peut avoir lieu dans le rhumatisme chronique. Les malades, privés presque complétement de la faculté de se mouvoir, sont forcés de garder le lit ; la faiblesse augmente, et les dispose à être atteints de fièvre adynamique, surtout s'ils restent pendant long-temps

dans un hôpital. Dans d'autres cas, l'impossibilité de changer de position détermine la formation d'eschares au sacrum et aux trochanters; la fièvre hectique se manifeste, et hâte la fin des malades. Tels sont les phénomènes qu'ont présentés trois individus que j'ai vus succomber à des rhumatismes chroniques.

Il me reste maintenant à examiner quelques observations de rhumatisme musculaire terminé par suppuration. Un homme admis à l'Hôtel-Dieu pour un hydrothorax y mourut trois jours après : il avait présenté quelques symptômes de rhumatisme à la cuisse; l'observation n'en avait pas été recueillie. A l'ouverture du corps, on trouva des foyers purulens entre plusieurs muscles, depuis l'aine *jusqu'au genou;* l'intérieur de l'articulation contenait aussi beaucoup de pus moins épais; il y avait communication entre la cavité articulaire et les abcès de la cuisse. N'est-il pas naturel de penser que leur formation a été successive, et que le premier abcès a été formé plutôt dans la capsule synoviale, où de semblables désordres ont été souvent observés, que dans le tissu même des muscles, qui jamais ne les ont offerts?

Un homme de trente-quatre ans meurt le trente et unième jour d'une maladie aiguë, pendant laquelle il s'était plaint de douleurs vives dans les membres; des phlegmons s'étaient même manifestés à la cuisse. A l'ouverture du corps, le poumon droit était adhérent et *tuberculeux;* le muscle deltoïde, plus compacte qu'à l'ordinaire, contenait des *tubercules* en suppuration interposés entre ses fibres. On trouva beaucoup de pus dans le corps des radiaux, à l'avant-bras, et des *demi-tendineux* à la cuisse. On ne peut s'empêcher d'abord de remarquer une certaine analogie entre les phlegmons superficiels et les abcès formés profondément dans l'intervalle des muscles pendant le cours d'une même affection. Mais ce qui étonne le plus, c'est la présence des tubercules dans le poumon, après trente jours seulement de maladie, et surtout dans le muscle del-

toïde, sans que l'auteur lui-même en ait témoigné la moindre surprise.

Quant à cette exsudation gélatineuse rencontrée à la superficie des muscles par *Drélincourt* de Leyde, chez une personne morte de rhumatisme, je ne répéterai pas ce que j'en ai dit au commencement de cette dissertation; j'ajouterai seulement que les deux observations que *Clopton Havers* a réunies à cette dernière, comme lui étant analogues, n'ont avec elle aucune espèce de ressemblance, et qu'elles sont l'une et l'autre absolument insignifiantes.

Je ne prétends pas néanmoins que le rhumatisme ne soit pas susceptible de se terminer par suppuration; mais j'ai voulu seulement prouver que cette terminaison n'est encore établie sur aucun fait certain. Il en est de même de la terminaison par la gangrène.

Du retour de la maladie.

On a remarqué depuis long-temps que les parties qui ont été une fois affectées de rhumatisme, en sont par la suite fréquemment atteintes par les causes les plus légères, et même sans cause apparente. Je crois que cette proposition doit s'étendre à toute l'économie, qui, après une attaque de rhumatisme partiel, paraît avoir contracté une disposition à cette maladie, qui, la seconde fois qu'elle se manifeste, occupe souvent des organes qui n'en avaient pas été attaqués, tandis que ceux où d'abord elle s'était montrée en sont exempts.

Il est à peine nécessaire de dire que ceux qui sont convalescens du rhumatisme sont doublement disposés à en être frappés de nouveau par les moindres causes occasionnelles.

Quelques exemples prouvent que le rhumatisme peut ne se montrer qu'une fois dans le cours de la vie (*Chesneau*, *Van-Swieten*); ils forment exception à une règle qu'on peut encore appeler générale.

L'intervalle qui sépare les attaques peut varier depuis quelques septenaires jusqu'à plusieurs années. J'ai vu un malade atteint pour la seconde fois de rhumatisme, vingt-deux ans après la première attaque. Chez d'autres, l'intervalle n'a été que de dix ans ou de cinq ans; chez d'autres enfin, la maladie s'est répétée plusieurs fois dans chaque année, dans chaque saison, dans chaque mois. On observe souvent que les paroxysmes se rapprochent à mesure que la maladie devient plus ancienne; séparés d'abord par des intervalles d'une ou plusieurs années, ils finissent par revenir après des espaces de temps progressivement plus courts. Quelquefois les accès reviennent d'une manière périodique. J'ai vu un homme affecté pour la troisième fois de rhumatisme, chez lequel un intervalle de quatre ans s'était écoulé entre le premier et le second, entre le second et le troisième accès. Chez un autre malade, l'affection s'est répétée tous les ans au printemps; dans l'été, chez un autre. *Barthez* l'a vue reparaître deux fois chaque année aux solstices d'hiver et d'été.

J'ai cherché à savoir quelles saisons paraissaient favoriser le retour du rhumatisme : voici les résultats que j'ai obtenus. Sur trente-quatre récidives, les deux tiers ont eu lieu dans l'automne et l'hiver, un petit nombre dans l'été, et beaucoup moins encore dans le printemps.

Il arrive assez fréquemment que le retour de la maladie est précédé de symptômes qui peuvent en faire soupçonner la prochaine apparition. La partie qu'il a occupée s'engourdit, le malade est inquiet, agité, et son sommeil est interrompu sans qu'il en connaisse la cause (*Ponsard*). Ces symptômes varient dans les divers malades; mais communément ils sont les mêmes dans les attaques qui surviennent à la même personne, et après quelques rechutes, les malades reconnaissent facilement qu'ils sont menacés d'une invasion prochaine.

Quelques auteurs ont remarqué que les attaques subséquentes n'étaient pas aussi intenses que la première. Il m'a

paru qu'il n'y avait rien de bien constant à ce sujet. Je ne reviendrai pas ici sur les complications ; j'ai indiqué ailleurs ce qu'elles m'ont paru offrir d'intéressant. On a vu le rhumatisme coexister avec un très-grand nombre de maladies ; il paraît de nature à se présenter avec toutes.

Diagnostic.

La goutte et le rhumatisme, long-temps considérés comme une seule maladie, sont souvent bien difficiles à distinguer. Les auteurs ont indiqué un très-grand nombre de caractères, dans le but d'y parvenir ; mais comme, dans presque tous les cas qui se présentent, on trouve à la fois quelques-uns des symptômes attribués à la goutte et propres au rhumatisme, il en résulte que ce qui a été fait pour en éclairer le diagnostic ne sert qu'à l'obscurcir. Il serait donc à désirer qu'on substituât à ces longues énumérations un seul signe, le trouble des fonctions digestives, par exemple, ou le siége primitif des petites articulations, qui séparerait constamment la goutte du rhumatisme. J'ai cru devoir écarter du nombre des observations de rhumatisme que j'ai recueillies, toutes celles dans lesquelles l'un ou l'autre de ces deux symptômes se présentait ; j'ai préféré ne pas user de quelques faits qui auraient pu être ajoutés aux autres, dans la crainte d'y joindre quelque maladie différente. La présence d'un seul de ces deux symptômes doit suffire pour isoler la goutte du rhumatisme, à moins de s'éloigner entièrement des descriptions données par les auteurs. Dans les cas où la distinction paraît obscure, il est utile, comme le recommande *Leidenfrost*, de remonter au début de la maladie, qui reste généralement la même, quoiqu'elle change de forme dans les attaques subséquentes ; mais, au début, des différences nombreuses s'observent entre l'une et l'autre affection.

La goutte occupe toujours les petites articulations, ordinairement celle du gros orteil. Le rhumatisme se montre

dans les grandes articulations, et les espaces inter-articulaires; l'une attaque communément dans l'âge mûr, l'autre dans la jeunesse. La première survient ordinairement sans cause connue, le second est produit en général par une cause externe évidente. La première attaque de goutte ne dure quelquefois que vingt-quatre heures, le rhumatisme jamais moins de quatre jours. Enfin on observe souvent dans les retours de la goutte une marche périodique qu'on ne rencontre que bien rarement dans le rhumatisme; et celui-ci ne détermine presque jamais dans les fonctions des viscères, le trouble qu'on observe si souvent dans la goutte.

Les douleurs syphilitiques peuvent quelquefois simuler le rhumatisme : on les en distingue, en ce que, 1° elles se font sentir presque exclusivement la nuit; 2° elles augmentent peu par la pression et le mouvement; jamais ce dernier n'est complètement empêché, 3° elles succèdent à des maladies vénériennes ordinairement mal traitées, et sont souvent accompagnées d'exostoses et d'autres symptômes. Dans quelques cas néanmoins, la diagnostic devient fort difficile. *Stoll* a vu, chez une jeune fille affectée de rhumatisme vague, une tumeur se montrer et disparaître peu à peu dans la région inguinale; ce symptôme, joint à l'opiniâtreté de la maladie et aux paroxysmes nocturnes, firent croire à la nature syphilitique du mal; il employa les mercuriaux, mais il n'en obtint aucun succès, et reconnut enfin que la maladie était purement rhumatismale.

Le scorbut a quelquefois débuté par des douleurs dans les muscles et dans les articulations. *Eugalenus*, qui a le premier signalé cette ressemblance entre le scorbut et le rhumatisme, a remarqué que la mobilité extrême de ces douleurs scorbutiques pouvait faire soupçonner la nature de la maladie avant que d'autres symptômes s'y soient ajoutés.

Les douleurs nerveuses ou névralgies peuvent quelquefois en imposer pour un rhumatisme. Mais 1° la douleur nerveuse occupe tantôt un seul point, comme le clou hys-

térique ; tantôt une seule ligne dans le trajet connu du nerf. Elle ne se propage dans les parties voisines que par irradiation, tandis que la douleur rhumatismale occupe toujours une certaine étendue en largeur. 2° La douleur nerveuse augmente spontanément, est fréquemment accompagnée de mouvemens spasmodiques qui souvent dégénèrent en habitude vicieuse ; le rhumatisme, au contraire, est exaspéré par des causes extérieures, telles que la pression et le mouvement : en général, la névralgie est fixe, et le rhumatisme se porte d'un lieu dans un autre.

Les affections vermineuses produisent quelquefois, surtout chez les enfans, des douleurs si violentes et si générales, qu'on ne peut les toucher dans aucun endroit sans leur faire pousser des cris violens. (*Tissot*). Elles se dissipent aussitôt qu'ils ont rendu des vers. Un jeune homme de dix - sept ans entré à l'hôpital de la Charité, éprouvait des douleurs très-vives dans les mollets et les genoux, avec quelques symptômes gastriques : un vomitif fit rejeter deux ascarides lombricoïdes, et les douleurs disparurent.

Les ouvriers qui travaillent le plomb éprouvent quelquefois des douleurs qui ressemblent beaucoup à celles du rhumatisme aigu. (*Desbois de Rochefort.*) Elles résistent au traitement du rhumatisme, et cèdent aux purgatifs drastiques.

Enfin je ne fais qu'indiquer ici les douleurs symptomatiques qui accompagnent les fièvres bilieuses ou muqueuses, l'embarras intestinal, celles qui précèdent l'écoulement hémorrhoïdal ou ménorrhagique, les vomissemens abondans de bile (*Hipp.*), celles qui se font sentir dans les affections cancéreuses ou inflammatoires du foie, celles qui accompagnent les maladies organiques des articulations et de la colonne vertébrale.

Plusieurs variétés du rhumatisme peuvent aussi en imposer pour quelques maladies particulières aux organes voisins ; je vais en indiquer quelques-unes.

La pleurodynie peut simuler la pleurésie, mais commu-

nément elle n'est accompagnée ni de toux ni de fièvre ; elle augmente par les mouvemens du tronc, quelquefois par ceux du bras, toujours par une pression très-légère. Plusieurs de ces symptômes, et l'exercice régulier des fonctions digestives servent à distinguer le rhumatisme des parois abdominales de l'affection des viscères qui y sont contenus. Le lumbago a quelquefois été pris pour la colique néphrétique : il en diffère communément en ce qu'il n'est pas accompagné de vomissemens ni de trouble dans la sécrétion de l'urine, et que la douleur se fait sentir presque simultanément depuis les lombes jusque dans la vessie ; au lieu que dans la colique néphrétique, ce n'est que successivement qu'elle s'étend vers cet organe. De plus, les mouvemens de la cuisse exaspèrent cette espèce de lumbago, et n'ont aucune influence sur les affections des reins.

Prognostic.

Le prognostic du rhumatisme est fort difficile à porter. En général, la vie du malade n'est pas en danger ; cependant la susceptibilité que paraissent présenter les rhumatisans à contracter d'autres maladies graves, doit rendre le médecin très-circonspect dans le jugement qu'il prononce. Quand la marche de la maladie est aiguë, il peut faire espérer un rétablissement assez prompt ; quand elle est chronique, il doit tout au plus promettre du soulagement. Dans l'un et l'autre cas, il ne doit pas laisser ignorer aux malades la fréquence des récidives et la presque impossibilité de s'y soustraire. Un sommeil doux, des urines troubles et sédimenteuses, la moiteur de la peau, une légère diarrhée avec soulagement, peuvent faire prévoir la fin prochaine de la maladie. La cessation subite des douleurs sans aucun symptôme critique, doit faire craindre les accidens les plus graves (*Ponsard*).

Lésions observées à l'ouverture des corps.

Quelques médecins ont eu occasion d'ouvrir des individus morts pendant le cours d'un rhumatisme aigu ; les uns n'ont rencontré dans le tissu cellulaire aucune trace de la tuméfaction qu'il offrait pendant la vie ; les autres l'ont trouvé infiltré d'une sérosité jaunâtre et visqueuse ; les uns et les autres n'ont observé aucune espèce de lésion dans les parties qui paraissent être le siége de la maladie.

Ce n'est que dans les rhumatismes qu'on a observé des lésions apparentes dans les muscles : la plus fréquente de toutes est le desséchement, l'aridité de ces organes qui ressemblaient à des tendons. *Lieutaud* et *Desault* en ont vu des exemples ; j'en ai moi-même rencontré un semblable dans les muscles fléchisseurs de la jambe, chez une femme morte à l'hospice de la Salpêtrière, et affectée d'un rhumatisme chronique avec contracture.

Une autre espèce de lésion qu'ont observée *Baillou*, *Plater* et *Baglivi* est une sorte d'infiltration de sang dans les intervalles des fibres des muscles lombaires. *Morgagni* a trouvé dans les mêmes muscles une couleur brune, chez un jeune homme affecté de rhumatisme chronique. Doit-on considérer cette lésion comme l'effet du rhumatisme? ou voir, dans les symptômes qu'ont éprouvés les malades, l'effet d'une lésion de structure qui se rapproche un peu de celles qu'on observe dans le scorbut? C'est ce que je ne me permettrai pas de décider avant que des faits plus nombreux aient été rassemblés.

J'ai eu occasion d'ouvrir six individus morts avec des symptômes de rhumatisme chronique. Chez trois d'entre eux, je n'ai trouvé aucune espèce d'altération dans les articulations ni dans les muscles ; les trois autres ont présenté des lésions qui offrent ensemble assez d'analogie pour qu'on puisse être porté à les considérer comme assez fréquentes dans le rhumatisme chronique.

1° Chez tous j'ai trouvé des ulcérations superficielles des cartilages qui revêtent les surfaces articulaires.

2° Chez deux seulement la substance cartilagineuse était remplacée dans quelques points par un tissu cellulaire rougeâtre, vasculeux, facile à enlever, et présentant l'os à nu au-dessous. On trouve dans *Morgagni* un fait analogue; et M. *Latour* en cite un autre dans sa Dissertation.

3° Chez l'un et l'autre le tissu cellulaire extérieur à la membrane synoviale offrait une couleur rouge ou livide, comme si du sang y eût été épanché, et surtout au-dessus des ligamens inter-articulaires de la hanche et du genou. Ces lésions se sont rencontrées dans toutes les articulations qui avaient été affectées.

4° Chez un seul, j'ai trouvé une espèce d'altération dont je ne crois pas qu'aucun encore ait surtout parlé. Elle s'est présentée à l'humérus, au fémur, au tibia, au péroné; elle occupait la partie de l'os qui n'est pas recouverte de cartilage, et sur laquelle la capsule synoviale se prolonge avant de se réfléchir. Cette membrane paraissait soulevée dans ces parties, présentait un certain nombre de trous de grandeur variée, mais exactement circulaires, comme s'ils eussent été faits avec un emporte-pièce; quelques-uns offraient un diamètre de deux lignes; d'autres n'en avaient que la moitié ou le quart; au-dessous de la synoviale soulevée, on voyait à nu le tissu celluleux de l'os; le tissu compacte avait disparu, sans que néanmoins le tissu celluleux fût mou, facile à rompre et à se laisser traverser par un stylet mousse, comme on l'observe dans la carie. Dans une seule articulation, celle du péroné avec le pied, le tissu parut sensiblement ramolli; ces lésions étaient plus prononcées sur le col de l'humérus que partout ailleurs: toutes les articulations où cette altération de structure s'est présentée contenaient du sang ou une sérosité sanguinolente.

Je ne tirerai de ce petit nombre de faits aucune espèce de conclusion; je ferai seulement remarquer que, si ces

lésions sont réellement l'effet du rhumatisme, il est très-probable au moins qu'elles n'en sont pas l'effet immédiat.

Nature du Rhumatisme.

La plus grande obscurité règne encore sur la nature du rhumatisme; la marche actuelle de la science ne permet plus de rechercher si un fluide gazeux, un liquide âcre, ou quelque autre agent aussi chimérique produit cette maladie : et comme nous ne pouvons apprécier l'espèce de lésion qui la constitue, nous sommes forcés, pour approcher du but que nous ne pouvons encore atteindre, de comparer les symptômes du rhumatisme avec ceux de quelques autres affections, afin de déduire de l'analogie des phénomèmes celle de la nature même des affections. Joindra-t-on le rhumatisme aux maladies nerveuses, qui ne sont pas moins obscures que lui dans leur essence? Il offre avec elles beaucoup d'analogie par sa tendance à des retours réguliers et irréguliers, par l'absence de toute espèce de lésion organique dans les parties qu'il affecte; mais la mobilité extrême de la maladie, les symptômes d'inflammation qui souvent l'accompagnent, la marche fréquemment aiguë, les crises qu'on observe dans quelques cas, sont autant de différences qui s'opposent à la réunion du rhumatisme avec les névroses. Doit-on le classer parmi les phlegmasies? Il se montre fréquemment avec des phénomènes évidemment inflammatoires; mais ce n'est pas dans les parties affectées de rhumatisme que ces phénomènes ont leur siége : de plus, les inflammations n'offrent en général ni la mobilité, ni la tendance à la récidive que présente cette maladie. *Stahl*, considérant l'analogie extrême qui existe entre les douleurs rhumatismales et celles qui précèdent les hémorrhagies, avait cru devoir considérer le rhumatisme comme un effort hémorrhagique universel qui n'est encore dirigé spécialement vers aucune partie. Sans attaquer ici cette théorie, je saisirai seulement l'occasion de

faire remarquer que, dans l'état actuel de nos connaissances, le rhumatisme ne pouvait être mieux placé qu'à la fin de la classe des phlegmasies, avec lesquelles il a plus d'analogie qu'avec aucune autre affection, et immédiatement avant celle des hémorrhagies, avec laquelle il a aussi des connexions intimes, et notamment par ses fréquens retours et sa mobilité.

Traitement.

En jetant un coup d'œil rapide sur la multitude de remèdes proposés et vantés dans le traitement du rhumatisme, et surtout en considérant combien les propriétés de ces médicamens diffèrent entre elles, il semble qu'on ne peut admettre que les uns ont été utiles, sans admettre en même temps que les autres ont été nuisibles. Cette triste réflexion conduirait sans doute à n'employer aucun traitement, ce qui vaudrait infiniment mieux que d'appliquer indistinctement quelqu'un de ces remèdes; car, comme l'observe *Baillou, ægro sufficit sua ex morbo calamitas, nec ad eam nova calamitatis accessio ex ignoratione medici fieri debet; ignorantia quippè medici ægro ipsi alter est morbus.* Mais cette opposition entre les propriétés des médicamens est plutôt apparente que réelle, et il n'en est peut-être pas qu'un médecin sage ne puisse employer à propos dans la cure de cette maladie. On doit seulement blâmer ici l'enthousiasme avec lequel les uns ont préconisé tel ou tel remède, et la confiance aveugle avec laquelle les autres ont accueilli et appliqué à tous les cas, ce qui ne convenait que dans quelques circonstances.

Le traitement du rhumatisme aigu diffère essentiellement de celui qui convient au rhumatisme chronique. Dans le premier, comme nous l'avons vu, la maladie, abandonnée à elle-même, marche sensiblement vers la guérison. Dans le second, au contraire, elle demeure stationnaire ou même elle s'aggrave. On voit par-là qu'en gé-

néral, dans l'un, il suffit d'éloigner tout ce qui pourrait troubler la série des symptômes qui conduisent vers une terminaison heureuse; tandis que dans l'autre, il est nécessaire de déranger par un traitement actif la marche vicieuse de la maladie. Dans le rhumatisme aigu léger, le repos, une température moyenne, l'usage des boissons rafraîchissantes, quelquefois l'application des sangsues, sont les seuls moyens qui doivent être communément employés. Dans l'espèce aiguë intense, la même méthode pourrait encore être suffisante, mais quelquefois il sera utile de recourir à la saignée générale, qui peut diminuer la violence des symptômes ou en abréger la durée. Dans l'une et l'autre espèce, on devra observer exactement la marche de la maladie, et saisir tout ce qui pourrait indiquer la tendance de la nature vers telle ou telle évacuation critique; c'est alors que de légers diaphorétiques, des laxatifs, des diurétiques, associés aux moyens généraux qui favorisent leur action, pourront coopérer à la guérison de la maladie, en concourant, soit au développement des phénomènes salutaires dont on n'aperçoit que les préludes, soit à l'accomplissement d'une crise encore incomplète. Dans le rhumatisme chronique, au contraire, le traitement le plus actif devient nécessaire; les frictions, les linimens camphré et ammoniacal; la teinture de cantharides, les vésicatoires, les rubéfians, les ventouses scarifiées, les cautères, l'application de la chaleur sèche ou humide; les vapeurs et les bains aromatiques; les eaux thermales et sulfureuses, les douches, secondées de l'usage intérieur des boissons sudorifiques et stimulantes; les teintures résineuses, les préparations antimoniales, etc., peuvent être employés sans inconvénient dans le rhumatisme chronique; elles diminuent en général les douleurs, et quelquefois même les suspendent tout-à-fait.

Il est à peine nécessaire de dire que les changemens qui surviennent dans la marche de la maladie nécessitent des changemens analogues au traitement, soit que l'affection

passe de l'état aigu à l'état chronique, soit que le contraire se présente.

Je vais examiner le plus succinctement possible les divers moyens proposés dans l'une et l'autre espèce de rhumatisme.

Les *saignées générales* ont été très-anciennement employées dans le traitement de cette affection; dans quelques cas, des hémorrhagies accidentelles ont fait cesser des douleurs opiniâtres. *Galien* a vu disparaître, à la suite de la blessure d'une artère de la jambe, une douleur de la hanche qui persistait depuis quatre années. *Monro* a observé un effet semblable à la suite de la saignée du bras. De telles observations ont sans doute conduit les médecins à multiplier les saignées; on a même, dans un mémoire anonyme, proposé de tirer vingt livres de sang en trente-six heures. Il suffit de dire que cette méthode était la même, indépendamment de l'âge et des forces des malades, de la période et de l'intensité de la maladie, pour en montrer tous les dangers : elle est tombée d'ailleurs dans un tel discrédit, qu'elle n'est aujourd'hui employée par personne.

Les saignées générales, employées avec plus de modération par des médecins célèbres, ne sont pas néanmoins sans inconvéniens. Quel témoignage pourrait sur ce point inspirer autant de confiance que celui de *Sydenham?* Doué d'une sagacité profonde, d'un esprit observateur bien rare à l'époque où il écrivait, presque étranger aux théories scolastiques, dont ses contemporains ont obscurci leurs ouvrages; *Sydenham*, persuadé que le rhumatisme était une affection inflammatoire, avait, pendant les douze premières années de sa pratique à Londres, employé et conseillé dans le traitement de cette maladie les saignées répétées, dont il avait cru d'abord observer de bons effets; fallut-il moins que des observations multipliées pour lui faire abandonner l'opinion qu'il avait adoptée et publiquement professée? Non seulement, dit cet auteur dans sa

lettre à *Robert Brady*, ces saignées portent atteinte aux forces du malade pour un certain temps, mais encore elles le rendent, pendant plusieurs années, très-susceptible de contracter d'autres maladies, pour peu qu'il soit d'une constitution faible..... Voilà ce qui m'a porté à chercher une autre méthode dans le traitement de cette affection.....

Sydenham, après avoir trop recommandé la saignée, ne tomba pas néanmoins dans l'excès opposé; mais il la conseilla seulement chez les individus pléthoriques, adonnés au vin, dans la force de l'âge, etc.

Stoll a aussi remarqué que les saignées répétées diminuaient plutôt les forces du malade que l'intensité de la maladie. *Rouppe* a observé que, pratiquées chez des marins faiblement constitués, elle favorisait en eux le développement du scorbut. *Cullen* en a restreint l'usage au seul cas de rhumatisme inflammatoire général. Le docteur *Giannini* les a entièrement proscrites comme n'étant jamais nécessaires, puisque jamais il ne peut résulter d'effets funestes de leur omission. Je ne crois pas qu'on doive bannir la saignée du traitement du rhumatisme; elle n'est pas indispensable, il est vrai, mais elle peut être utile; et je pense qu'on doit en user avec modération dans les cas de rhumatisme aigu, très-intense, et quand l'individu est fort et replet. Quelques malades en ont éprouvé un soulagement, je dirai même une guérison presque instantanée; on doit y recourir de suite, quand ils sont de nouveau affectés de cette maladie.

Les *saignées locales* diminuent presque constamment l'intensité des douleurs dans le lieu où on les fait. Tous les malades chez lesquels je les ai vu employer ont éprouvé un soulagement prompt et sensible; elles ont, dans la pleurodynie, le torticolis, une efficacité très-marquée. En considérant le rhumatisme vague comme une série d'affections partielles, je suis porté à croire qu'en diminuant l'intensité de chacune de ces affections par les saignées locales, on rendrait la maladie plus courte et plus légère : telle était

la méthode employée par *Pringle;* il faisait appliquer des sangsues, ordinairement au nombre de quatre ou cinq, sur la partie malade, et répéter ce moyen pendant trois à quatre jours de suite; puis il les employait à des intervalles progressivement plus longs, et diminuait de même le nombre des sangsues. Les ventouses scarifiées, étant excitantes en même temps qu'elles procurent une évacuation sanguine, ne peuvent convenir que dans le rhumatisme chronique. J'en ai deux fois observé de bons effets.

Les *boissons adoucissantes* et *rafraîchissantes*, les infusions mucilagineuses, les acides végétaux, le petit-lait, seront très-convenables dans tous les cas de rhumatisme aigu; et quand la maladie n'est pas très-intense, on doit borner le traitement à leur usage; elles ont, comme l'observe *Sydenham*, tous les avantages des saignées répétées, sans présenter aucun de leurs inconvéniens. *Si quis hanc methodum*, ajoute cet auteur, *tanquàm rudiorem et artis laude carentem, contempserit; sciat is, velim, primò leviora tantùm ingenia res quaslibet vilipendere, quòd simplices fuerint et apertæ; nisi obstârint præjudicia vulgi, nulliùs dubitarem methodum jam dictam aliis etiam morbis accommodare, quod sanè magis ægris prodesset, quàm solemnior illa remediorum pompa quæ in jam moribundis, tanquàm bestiis, ut mox immolentur coronatis, malè collocatur.*

Sudorifiques. Les décoctions sudorifiques de gayac, de sassafras, de polygala, de salsepareille, de squine, l'infusion de sassafras, de fleurs d'arnica, conviennent dans le rhumatisme chronique; on les donne seules, ou unies à l'alcali volatil ou à quelque sel sudorifique et stimulant, tels que l'acétate ou le muriate d'ammoniaque; d'autres fois on joint les aromatiques aux antiscorbutiques, en raison d'une disposition individuelle (*Sydenham*). Certaines résines, la gomme ammoniaque (*Barthez*), la résine de gayac (*Pringle*), ont encore été conseillées dans le même but, et surtout la teinture volatile de gayac (*Fowler*),

qui paraît avoir eu des succès plus constans que les autres; le rob de sureau était communément employé par *Quarin*, à la dose de trois à quatre onces : il a non seulement l'avantage d'exciter les sueurs, mais en même temps il augmente la sécrétion de l'urine et sollicite les selles, ce qui est fort utile dans une maladie accompagnée presque toujours de constipation; l'huile de térébenthine simple (*Cheyne*), ou bien unie à l'éther sulfurique (*Durande*), a encore été préconisée, ainsi que la poudre de *Dover*, le camphre, les préparations antimoniales (*Huxham*, *Giannini*).

Les *laxatifs* sont souvent indiqués, dans le cours du rhumatisme aigu ou chronique, par la constipation presque habituelle dans cette maladie; ils peuvent seuls être employés dans le rhumatisme aigu, où les purgatifs violens seraient très-dangereux. On emploie généralement les tamarins, les sucs exprimés des pétales de la rose, quelquefois la manne; il est prudent de ne les donner qu'à petites doses souvent répétées, comme le recommande *Alexandre de Tralles*. Les *purgatifs*, proprement dits, ne conviennent que dans le rhumatisme chronique; on les administre non-seulement dans le but de combattre la constipation, mais encore comme dérivatifs : c'est ainsi qu'on prescrit les purgatifs résineux, l'électuaire de scammonée (*Mead*), l'électuaire cariocostin (*Tudesq.*), la teinture de coloquinte (*Dehlberg*), le jalap, la poudre cornachine (*Chesneau*); ces médicamens ont quelquefois procuré une guérison instantanée; mais ils ont dans quelques cas produit des accidens si graves, qu'on ne doit en user qu'avec les plus grandes précautions. Quant aux *vomitifs*, ils ne conviennent que dans les cas de complication bilieuse; on doit alors faire usage des délayans pendant quelques jours, afin de n'être pas obligé de revenir plusieurs fois à l'émétique; *Stoll* n'a-t-il pas été guidé par sa prévention extrême en faveur des vomitifs plutôt que par des indications tirées des symptômes, quand il a, dans un rhumatisme aigu, administré cinq émétiques en douze jours? Quant aux émé-

tiques répétés (*Morton*), considérés comme moyens curatifs du rhumatisme, ils sont entièrement abandonnés.

Il suffit de dire que les *narcotiques* ont été vantés par quelques médecins et proscrits par d'autres, pour porter à croire qu'ils ont été utiles et nuisibles dans les traitemens de cette maladie, suivant les circonstances dans lesquelles on les a administrés; ils nuisent presque constamment dans le rhumatisme aigu avec fièvre. *Mertens* a remarqué dans l'épidémie de 1782, que, donnés le soir aux malades, ils leur causaient une stupeur tellement désagréable par le sentiment obscur de douleur qui l'accompagnait, qu'ils préféraient éprouver des douleurs aiguës et refusaient d'en user de nouveau. *Quarin* a vu leur emploi précoce, vers le déclin de la fièvre, être suivi d'une telle exaspération des symptômes, qu'il devenait nécessaire de recourir à la saignée. *Van-Swieten* en a également éprouvé de mauvais effets; *Storcq* a observé que les narcotiques produisaient de l'inquiétude, des insomnies avec anxiété, des réveils en sursaut, une grande lassitude après un sommeil forcé, du trouble dans les fonctions intellectuelles, une sorte d'assoupissement, avec un pouls vif, inégal et contracté; ils conviennent si peu, dit *Tissot*, «que le sommeil même, qui vient naturellement dans le commencement de cette maladie, est souvent à charge aux malades; ils ont, au moment où ils vont s'endormir, des mouvemens convulsifs, ou s'ils dorment quelques instans, les douleurs sont plus fortes au réveil;» plusieurs ont encore l'inconvénient d'augmenter la constipation. Les narcotiques ne sauraient donc généralement être employés; dans quels cas faudra-t-il y recourir? La perte absolue du sommeil produit quelquefois un affaiblissement fâcheux auquel il est nécessaire de remédier; on devra alors donner un léger parégorique au moment même de la rémission; il procure un sommeil tranquille qui répare les forces, rend les malades plus capables de supporter l'exaspération du soir. Mais c'est surtout dans les cas où il survient des mouvemens spasmodi-

ques et des convulsions produits par l'intensité des douleurs qu'il est indispensable de recourir aux narcotiques, même à dose assez forte (*Storcq*, *Quarin*). Dans les rhumatismes chroniques, on peut, sans inconvénient, prescrire ces remèdes toutes les fois qu'il y a douleur très-vive ou insomnie. Les préparations d'opium sont plus généralement employées que les autres narcotiques; cependant l'extrait de jusquiame, en même temps laxatif et calmant, semblerait devoir mériter la préférence. On l'emploie presque seul dans ces cas, à l'hôpital de la Charité, à la dose de 1 à 4 grains. *Sauvages* a porté à 10 grains celle de l'extrait de jusquiame blanche. La belladone (*Munch*), la clématite vulgaire (*Mueller*), le *rhododendron chrysantum* (*Kolpin*), l'extrait d'aconit et de ciguë (*Storck*), ont été aussi conseillés dans les rhumatismes chroniques.

Quant à l'usage externe des narcotiques, on doit le borner aux cas où il serait permis d'en user à l'intérieur.

Quinquina. Morton a le premier conseillé le quinquina dans le traitement du rhumatisme dont la marche est intermittente. *Fothergill*, se fondant sur quelques analogies entre cette maladie et les fièvres d'accès, et plus encore sur le peu de soulagement qu'il avait lui-même retiré des saignées dans une fièvre rhumatismale dont il fut atteint, entreprit de traiter tous les rhumatismes par le quinquina, et en obtint des effets si heureux, que dans la suite il ne cessa de le recommander et de l'employer.

Dans ces derniers temps, le docteur *Haygarth* a remis en vogue la méthode de *Fothergill*. Il administre le quinquina, dans le rhumatisme aigu, à petites doses, 10 à 30 grains, plusieurs fois répétées chaque jour. Ordinairement il commence le traitement par un vomitif; il interrompt d'ailleurs l'emploi du quinquina, si les malades n'en éprouvent pas un soulagement prompt, et le reprend quelques jours après. Il me semble qu'il serait préférable de ne l'employer que dans les cas où les paroxysmes reviennent chaque jour à la même heure et sont précédés de frissons, et

de l'administrer alors à plus haute dose. Tel était l'avis de quelques médecins célèbres, *Storcq*, *Cullen*, *Van-Swieten*. Je crois aussi qu'on doit s'en abstenir dans tous les cas de rhumatisme aigu où la maladie marche d'elle-même vers la guérison; il est d'ailleurs fort difficile alors d'en apprécier l'effet : aussi ne peut-on tirer des observations rapportées par le docteur *Haygarth* aucune conséquence rigoureuse. Je terminerai ce qui me reste à dire sur l'emploi du quinquina par une réflexion qui s'est présentée à moi en comparant les faits recueillis par *Morton*. On voit, dans trois de ces observations, la fièvre et les douleurs disparaître simultanément après l'administration du quinquina; dans la quatrième, au contraire, la fièvre intermittente cesser de suite, et le rhumatisme persister et diminuer peu à peu. Dans les premières, il y avait seulement douleur; et de plus, dans la dernière, gonflement, chaleur et rougeur. Je pense que dans les unes les douleurs n'étaient que symptomatiques, tandis que dans l'autre seulement il y avait réellement complication d'une fièvre périodique et d'un rhumatisme. Le traitement peut, dans des cas semblables, fournir un moyen certain de reconnaître le genre de la maladie.

Mercure. Les frictions mercurielles ont été aussi conseillées dans le traitement du rhumatisme chronique. On trouve, dans le Journal de Médecine, t. 88, un certain nombre d'observations réunies, dans le but d'établir leur efficacité. On lit aussi, dans le Recueil périodique de Littérature médicale étrangère, que dans les hôpitaux de Londres les frictions mercurielles sont employées contre toute espèce de rhumatisme chronique, jusqu'à produire la salivation : *James* et *Cirillo* paraissent aussi en avoir obtenu des effets très-marqués. Mais la maladie n'avait-elle pas une origine vénérienne dans les cas où le mercure a réussi? Quelques observations (Bang, *Act. Soc. med. Haun.*) doivent rendre fort circonspect dans l'emploi de ce médicament.

L'*électricité* a été employée chez un assez grand nombre de rhumatisans par Mauduyt (*Mém. Soc. r. de Méd.*), Poma et Renaud (*Journ. de Méd.*, t. 72). Ce moyen ne me paraît pas généralement plus efficace que les autres. Sur trente-quatre malades auxquels on l'a administré, dix ont été guéris, treize soulagés, la maladie a été exaspérée chez cinq, six autres n'en ont éprouvé aucun effet. Je crois qu'en employant toute autre méthode stimulante, on obtiendrait à peu près des résultats semblables. Si l'on considère en outre les difficultés qui accompagnent l'administration d'un pareil moyen, et l'irritation qu'il cause aux malades, on sera presque tenté d'y renoncer entièrement. Cependant, comme l'expérience a démontré que l'électricité a dissipé des rhumatismes rebelles à la plupart des autres remèdes, je crois qu'on devra y recourir après qu'ils auront été sans succès. Ce que je viens de dire de l'électricité s'applique à plus juste titre encore au *galvanisme* et au *magnétisme* médicinal dont les effets ont été bien moins souvent observés. Je ne fais qu'indiquer ici le *perkinisme*, que nous ne connaissons guère encore que de nom; nous ignorons même la manière de l'administrer, et nous manquons entièrement d'observations qui en constatent les effets ou l'inutilité.

La *chaleur* est un des moyens thérapeutiques le plus fréquemment employés; tantôt seule à des degrés différens, tantôt combinée avec la lumière, avec l'eau, ou bien unie à des substances aromatiques. Une chaleur douce, celle du lit, par exemple, peut, dans le rhumatisme aigu léger, suffire pour opérer la guérison prompte de la maladie, surtout chez ceux qui en ont été privés depuis long-temps. Un enfant de douze ans couchait depuis deux années sur la paille, dans un grenier ouvert de tous côtés; il fut atteint de douleurs rhumatismales, qui cessèrent presque aussitôt qu'il fut placé dans un des lits de l'hôpital. Dans le rhumatisme aigu intense, une température un peu fraîche est préférable à une chaleur trop élevée. Les malades

placent souvent hors du lit les poignets affectés, pour diminuer la violence des douleurs. Dans les cas où la maladie se porte successivement dans des parties tenues très-chaudement, les lombes, par exemple, et la nuque imparfaitement garantie du froid, on n'observe pas qu'elle offre une intensité ou une durée plus considérables dans une de ces parties que dans l'autre. On emploie la chaleur à un degré plus élevé dans le rhumatisme chronique, tantôt en plaçant le malade dans une étuve sèche, tantôt en enveloppant le membre douloureux de sable, de cendres, de linges chauffés à 36 ou 40 degrés; d'autres fois on approche successivement de la peau une plaque métallique dont la température a été suffisamment élevée. Dans quelques cas, on place sur la partie malade une serviette ployée plusieurs fois sur elle-même, et l'on y met une brique, un fer chaud, de manière que la chaleur soit pour ainsi dire versée successivement au travers du linge, et qu'augmentant peu à peu, le malade puisse la supporter à un degré plus élevé.

Dans d'autres cas encore la chaleur est portée au point de produire la brûlure, soit par l'inflammation rapide de l'alcool, soit par la combustion lente de certaines matières solides, telles que le coton, le lin, et le duvet de certaines plantes; soit enfin par le contact du fer incandescent. Le second de ces moyens est aujourd'hui le seul qui soit en usage. Aucun auteur n'a, je crois, mieux présenté que ne l'a fait *Hippocrate* les circonstances dans lesquelles le feu doit être appliqué. « Lorsque la douleur se fait sentir constamment dans un seul lieu, et qu'elle a résisté aux autres remèdes, appliquez-y le feu profondément, et plusieurs fois, s'il est nécessaire ». La lumière paraît augmenter l'action de la chaleur, et souvent on a recommandé aux malades de s'exposer fréquemment au soleil, d'habiter des lieux bien éclairés, et même des climats où cet astre se montre pendant un temps plus long, et se fait sentir avec plus de force. On a de même conseillé les frictions auprès

d'un feu vif et pétillant; on a aussi obtenu de bons effets de la chaleur unie avec des vapeurs aromatiques; de l'immersion du corps dans un air chargé de vapeur d'alcool (*Ponsard*), de soufre (Seip., *Comm. litt. nor.*), de camphre (*Chèze*), de l'application chaude de sachets remplis de fleurs aromatiques desséchées (*Dumoulin*).

La chaleur humide peut, à des degrés différens, convenir dans toutes les espèces de rhumatisme. Ainsi les bains tièdes, les cataplasmes émolliens, les vessies remplies de lait, sont employés dans les rhumatismes aigus; les bains très-chauds, les étuves humides, l'application d'un animal récemment tué (*Dumoulin*), d'un pain chaud sortant du four (*Gerner*), sur la partie malade, sont recommandés dans le rhumatisme chronique; mais, dans ce dernier cas, on ajoute un autre médicament choisi parmi les substances stimulantes et aromatiques, comme les fleurs et les tiges de menthe, de sauge, de lavande, de thym, d'hyèble, de tanaisie, de camomille, de genièvre, d'angélique, etc. On les administre, soit en bains, soit en vapeurs qu'on dirige sur tout le corps à la fois, ou sur la partie malade en particulier. On conseille encore les bains hydrosulfureux, qui ont procuré tant de soulagement dans l'épidémie de *Mertens*; les eaux thermales et ferrugineuses, l'immersion dans une cuve de vin qui fermente, ou dans le marc. Quelques médecins, entre autres *Floyer*, ont conseillé les bains froids dans le rhumatisme chronique; c'est un remède qui demande les plus grandes précautions, parce qu'il peut devenir très-nuisible quand il cesse d'être utile. L'immersion du corps dans l'eau froide doit être fort courte; ces bains doivent moins agir en refroidissant le corps qu'en excitant un grand développement de la chaleur à la suite d'un refroidissement momentané.

Le *frottement* et la *percussion*, exercés sur le corps pendant un certain temps, sont encore un des moyens les plus puissans, ou du moins le plus communément employés dans la cure de cette espèce. Le frottement s'opère tantôt

d'une manière continue par l'application habituelle de certains tissus, la flanelle, par exemple, sur les tégumens, où ils exercent en quelque sorte une friction légère, mais non interrompue. Tantôt c'est au moyen de ces mêmes tissus échauffés, exposés à des vapeurs résineuses et balsamiques, ou imbibés de liqueurs spiritueuses et aromatiques, qu'on promène avec force et rapidité sur la peau; d'autres fois c'est avec des brosses destinées à cet usage. Dans d'autres occasions, on dirige sur la partie affectée un courant d'eau chaude ou froide, qui agit à la fois par sa température et son frottement (*douches*). *Pouteau* a proposé encore de laisser tomber d'une certaine hauteur, sur le lieu affecté, du sable chauffé convenablement (*douches sèches*). Enfin le même auteur a pensé que la percussion avec des verges flexibles pourrait présenter quelque utilité (*flagellation*).

Il ne nous reste plus à parler que des *rubéfians* et des *vésicatoires*, qui de tous les moyens thérapeutiques sont peut-être ceux dont on fait le plus grand usage dans le rhumatisme chronique. *Stoll* n'hésitait pas à les placer partout où la douleur avait son siége, sur le cuir chevelu, sur la mâchoire inférieure. *Pringle* a remarqué qu'ils étaient surtout efficaces dans les cas où la douleur est fixe. *Rouppe* recommande de ne jamais appliquer de petits vésicatoires, qui ne font qu'irriter le mal, tandis que de larges emplâtres produisent toujours de bons effets. Dans le plus grand nombre des malades que j'ai suivis, ils ont produit un soulagement très-grand; quelquefois ils ont fait cesser complétement la douleur; dans quelques cas, ils ont été sans effet; jamais le mal ne s'est exaspéré par leur application. Quelquefois le soulagement est d'abord léger, mais il devient alors peu à peu plus sensible. D'autres fois il est très-marqué dès le premier jour, mais il cesse bientôt; c'est une indication, dans le premier cas pour faire suppurer les vésicatoires établis, et pour les multiplier dans le second (*vésicatoires volans*) sans entretenir les plaies qu'ils produisent.

Les *ventouses* sèches, dont l'effet est plus stimulant, mais d'une durée plus courte, conviennent surtout dans les cas où les vésicatoires volans sont indiqués. *Tissot* et plusieurs autres auteurs en ont observé de très-bons effets. Je place à côté des vésicans un moyen employé dans la Guinée, sur lequel *Gallandat* a inséré un mémoire parmi ceux de l'Académie des sciences de Berlin; c'est l'*emphysème artificiel*, qui produit une tuméfaction générale dans le tissu cellulaire sous-cutanée. Je ne fais qu'indiquer ce moyen sans me permettre de le juger. Je ne connais aucune observation qui puisse en établir les bons effets ou en signaler les dangers.

L'*urtication*, conseillée également dans le rhumatisme, peut servir de passage entre les vésicans et les rubéfians, puisqu'elle produit à la fois l'un et l'autre effet : elle ne saurait convenir, comme tous les moyens excitans, que dans le rhumatisme chronique. Les *rubéfians* proprement dits, tels que les cataplasmes sinapisés, ceux qu'on prépare avec les feuilles de renoncule (*Storck*), ont été quelquefois employés dans les rhumatismes chroniques; mais tous ces remèdes dérivatifs conviennent plus spécialement encore dans les cas où l'affection d'un viscère succède immédiatement à la suppression d'un rhumatisme. On les applique à l'endroit précédemment affecté, en même temps qu'on emploie pour la maladie survenue les remèdes convenables.

Enfin, dans quelques cas où la suppuration des vésicatoires peut seule prévenir le retour des douleurs, on leur substitue des *cautères*, que quelquefois aussi on emploie primitivement, et dont l'expérience a souvent démontré l'efficacité.

On voit par l'énumération que je viens de présenter, que la médecine possède un grand nombre de moyens pour combattre le rhumatisme; l'expérience a, dans beaucoup de cas, constaté la puissance de plusieurs d'entre eux. Mais elle a appris aussi à connaître les bornes de l'art dans beaucoup de rhumatismes chroniques, où tous les remèdes ont

successivement échoué, et que le temps, *le plus heureux des médecins* (SYDENHAM), a dans quelques cas conduits à une terminaison heureuse. Quelque multipliés que soient ces remèdes, beaucoup d'autres ont été proposés, ou peuvent être indiqués par les circonstances dans lesquelles se trouve le malade.

Le *régime* doit, suivant la marche de la maladie, être à peu près le même que dans les autres effections aiguës ou chroniques. De tousles moyens *prophylactiques* conseillés après la guérison du rhumatisme, les vêtemens de flanelle appliqués sur la peau, l'exercice actif, l'équitation, les bains de rivière, sont ceux dont l'expérience a le mieux constaté les heureux effets. L'observation exacte des préceptes de l'hygiène a pu, pendant tout le cours de la vie, préserver quelquespersonnes d'une seconde attaque. Ces faits, quoique peu nombreux, doivent être suffisans pour écarter de l'esprit des malades toute inquiétude trop vive sur l'avenir, et pour leur donner la ferme résolution d'éviter soigneusement tout ce qui pourrait provoquer le retour du rhumatisme.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

ARTICLE III.

ARTICLE IV.

ARTICLE V.

ESSAI SUR LE RHUMATISME, PAR A. F. CHOMEL.

FIN DE LA TABLE.

RB 23·8·1991